Nr. 46. 15 listopada 1925. Rok IV.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne

Dr. W. TYCZKA asystent kliniki.

### O niezborności mioklonicznej oczu. (Opsoklonja).

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Z chaosu zaburzeń ataktycznych móżdżku A. Thomas i Babiński wydzielili, pierwszy dysmetrję, drugi asynergję. Na tem też klasyfikacja zaburzeń ataktycznych się kończy. Że wymienione objawy nie wyczerpują całości zaburzeń ataktycznych, że samo pojęcie dysmetrii jest za ogólnikowe, o tem świadczy choćby świeża praca Freyówne j wskazująca, że obok dysmetrii ogólnie pojętej przez Thomasa i Babińskiego, obok dysmetrii przedsionkowej i przedsionkowo-móżdżkowej,, w zakresie samej dysmetrii można rozróżnić pewne stałe odmiany ściśle się orjentujące według trzech zasadniczych płaszczyzn ciała. Słuszność koncepcji Freyównej, wydaje się oczywistą; ona wszak odrazu wyjaśnia, dlaczego w razie pewnych zaburzeń móżdżku chorzy stale sięgają palcem za wysoko lub za nisko, dlaczego inni uderzają bezwzględnie w policzek, ona wreszcie tłumaczy, w prosty sposób bradyteleokinezę. W niniejszej pracy podjęliśmy próbę wyodrębnienia rodzaju ataksji dotychczas nieopisanego. Punktem wyjścia było spostrzeganie niezwykłych zaburzeń ruchowych ze strony oczu. Tem samem praca ta jest zarazem przyczynkiem rejestrującym jedno z rzadkich zaburzeń ataktycznych oczu. Studjum nasze, poruszając sprawę ataksji gałek ocznych, wkracza więc równocześnie w dziedzinę, przez neurologję prawie nie opisywaną.

Przypadek *) tyczy się kobiety 26-letniej, z rodziny zdrowej, która w dzieciństwie nie chorowała i była zdrowa, aż do ostatnich czasów. Chorób wenerycznych nie przechodziła, trzy razy rodziła, nie roniła.

Choroba, z powodu której chora zgłosiła się na klinikę, zaczęła się nagle w połowie grudnia r. z. wśród bolów kłujących w plecach i gorączki 38° C. trwającej przez jeden dzień. Po trzech dniach wstała, czując się zupełnie zdrową; po tygodniu jednak bole wróciły, zjawiły się zawroty głowy i osłabienie takie, że z trudnością chodziła i, aby nie upaść, musiała się chwytać przedmiotów. Stan taki trwał około 10 dni, poczem chora z powodu wzmagającego się osłabienia i zawrotu położyła sie do łóżka. W dwa dni później zaczęła widzieć jak przez mgłę. Przywołany wówczas felczer zwrócił chorej uwagę na ciągłe, burzliwe ruchy gałek ocznych i powiek, z których do tego czasu chora nie zdawała sobie sprawy. Wkrótce potem wystąpiło drżenie głowy, mniejsze kończyn. Na trzy dni przed przyjściem do kliniki dołączyły się stałe nudności i wymioty.

Stan przedmiotowy z dnia 23. I. 1925 r.: W stanie wewnętrznym nie stwierdza się zmian godnych uwagi. Stan nerwowy: źrenice równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują prawidłowo. Bystrość wzroku obu ócz i dno prawidłowe. Gałki oczne są w stałym niepokoju polegającym na szarpiących skojarzonych ruchach obu gałek o dość dużej amplitudzie. Ruchy te odbywają się przeważnie w płaszczyźnie poziomej, często wychylenie gałek ku lewej stronie jest przytem rozleglejsze. Drgania gałek występują w szybkim, nierównym rytmie. Często bywają gałki po serji ruchów poziomych nagle podrywane ku górze, poczem opadają i przez krótką chwilę trwają w spokoju, albo odrazu przechodzą w dawne drgania poziome.

Przy krańcowych ustawieniach w kątach szpar powiekowych ruchy są o wiele mniej gwałtowne i zmieniają się o tyle, że obok szybkich ruchów poziomych, zjawiają się ruchy rotacyjne i pionowe. Niepokój gałek przy spojrzeniu w górę i ku dołowi nie ulega natomiast zmianie. Próba na zbieżność wyraźnie wzmaga szarpiący charakter ruchów. Przy zamkniętych powiekach ruchy gałek trwają. Stwierdzono je także we śnie. Nagłe zagadnięcie chorej, zbliżenie światła do oczu, silniejsze pobudzenia słuchowe, i t. p., nasilają niepokój gałek. Tym wszystkim pobudzeniom towarzyszy pewien odczyn afektywny zalęknienia. Współcześnie z nasileniem ruchów mimowolnych gałek dokonuje się często bardzo żywe mruganie, czasem także ruchy marszczenia czoła i unoszenia brwi do góry. Obok niepokoju gałek ocznych istnieje lekkie drżenie głowy i palców rąk. Chora często zapobiega drżeniu głowy przez podparcie jej. Wszystko, co wzmaga niepokój gałek, wzmaga drżenie, i głowy, i palców. W tułowiu, ani w k. k. d. drżeń nie stwierdza się. Nieznaczny niedowład dolnej gałązki prawego nerwu VII. W zakresie innych nerwów czaszkowych stosunki prawidłowe. Zresztą stwierdzamy jeszcze u chorej lekkie objawy móżdżkowe ze strony lewych kończyn, mianowicie: hipotonję, niezborność, wyraźne samoistne mijanie kończyny górnej na zewnątrz, i zaznaczone padanie tułowia na lewo. Chód trochę jak na szczudłach z szerokiem rozstawianiem nóg, które nieco wyrzuca, za mało zginając je w kolanach, przytem usztywnienie tułowia i karku, z głową lekko pochyloną ku przodowi. Mowa jakby łkająca, eksplozywna, często podczas mowy, lecz także niezależnie od niej, widać drgania włókienkowe w okolicy podbródka i prawie nieuchwytny, masywny tremor całej prawej strony twarzy.

Dla uzupełnienia należy dodać, że przepłukiwania uszu zimną wodą nie wywierały przez cały czas obserwacji najmniejszego wpływu na niepokój oczu. Oczopląs nie pojawiał się nigdy, nawet w razie użycia bardzo dużych ilości wody, odczyny padania i mijania wypadały zaś prawidłowo. Odczyn podmiotowy był bardzo słaby. Zmiany ułożenia głowy w przestrzeni i wobec tułowia były bez wpływu na ruchy kloniczne gałek.

Brak objawów oponowych. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie ujemny, brak odczynu benzoesowego, cytologicznych i chemicznych zmian w płynie m. rdz., w szczególności prawidłowa zawartość cukru.

Po trzymiesięcznym pobycie w klinice stan chorej wyraźnie się poprawił. Obecnie z końcem kwietnia niepokój gałek ocznych utrzymuje się nadal, jednak w znacznie słabszym stopniu. Występuje on teraz tylko przy zmianie nastawienia oczu, zamierzonej lub odruchowej, i to przy rozpoczęciu ruchu jest najgwałtowniejszy, gdyż do ruchu w płaszczyźnie poziomej dołączają się szarpiące ruchy pionowe. W ciągu ruchu np. gdy chora patrzy na przesuwający się palec, niepokój z czasem słabnie, dopiero jednak zmniejsza się wybitnie, a nawet zupełnie ustaje na różnie długi okres czasu, z chwilą ustalenia się gałek w jakiejś pozycji. Jest to w pewnym związku z kierunkiem nastawienia gałek. I tak, przy krańcowem spojrzeniu na prawo niepokój gałek ustaje najszybciej, a przerwy w ewentualnych następnych serjach ruchów są najdłuższe. Przy patrzeniu wprost ruchy mimowolne również dość szybko ustają, jednak przerwy są krótsze, Natomiast przy krańcowem spojrzeniu na lewo, niepokój gałek ustaje bardzo późno i przerwy są bardzo orzelotne. Drżenia głowy ani kończyn już się nie stwierdza, brak też drżeń w twarzy. Chodzi obecnie znacznie pewniej; objawy móżdżkowe jednak utrzymują się nadal, chociaż w natężeniu nieco mniejszem. Samopoczucie wcale dobre.

W przypadku tym na pierwszy plan występuje niepokój gałek ocznych odmienny od zwykłego drżenia gałek, t. zw. oczopląsu. Oczopląs bowiem cechuje się rytmem, tutaj zaś ruchy są arytmiczne, nagłe szarpiące. Rozległość wychylenia w różnych rodzajach oczopląsu nie jest zwykle tak znaczna, jak u naszej chorej, wreszcie oczopląs występuje raczej przy krańcowych ustawieniach i to wówczas, kiedy gałki po skończonym ruchu znajdują się w pozycji nastawczej. W naszym przypadku niepokój gałek w pierwszych dniach obserwacji klinicznej był najbardziej nasilony przy nastawieniu środkowem, natomiast wybitnie słabszy i odmienny przy krańcowych ustawieniach na boki. Obecnie, gdy ruchy naogół są słabsze, a przerwy między ruchami dłuższe, występuje niepokój oczu dopiero po wyprowadzeniu gałek z pozycji spokoju, przyczem nasilenie tego niepokoju jest największe na początku ruchu, słabnie w miarę jego trwania i ustaje z chwilą nastawienia oczu na stałe. Wreszcie przeciw jakiemukolwiek związkowi ruchów w naszym przypadku z oczopląsem przemawia brak wpływu próby cieplikowej na te ruchy.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy niepokój gałek, jaki spostrzegamy u tej chorej nie jest rodzajem mio-

*) Przedstawiony na posiedzeniu Tow. Neurol. Warsz. w marcu i maju 1925 r.

klonji mięśni ocznych, objawem zbliżonym do mioklonji obserwowanych np. w nagminnem zapaleniu mózgu na mięśniach tułowia i kończyn. Przypuszczenie to nasuwa się tem więcej, że jak z niżej podanego piśmiennictwa wynika, podobne ruchy gałek spostrzegano właśnie u chorych z mioklonjami mięśni tułowia i kończyn. Przeciw mioklonicznemu pochodzeniu niepokoju gałek w naszym przypadku przemawia atoli charakter ruchów. Brak jest w nich bowiem rytmiki tak często cechującej mioklonję mózgową, ruchy są za nagłe, za szybkie, za częste, za zmienne i nie są samoistne, bo zależą od zapoczątkowania ruchu i od pobudzeń zewnętrznych, a wreszcie ustają w spokoju.

Jak już wyżej wspomniałem, w piśmiennictwie, bardzo zresztą skąpem, znaleźliśmy kilka tylko przypadków z podobnemi objawami ze strony oczu, i to wyłącznie w polskiej literaturze.

Orzechowski wspomina o kilkunastoletniej dziewczynce z przewlekłem zapaleniem ucha środkowego, która zachorowała nagle wśród bolu głowy i śpiączki dwudniowej. Po 2 dniach wystąpiło trzęsienie głowy i trzepotanie się oczu. Ruchy gałek ocznych, które nas przedewszystkiem interesują, były zupełnie podobne do ruchów w naszym przypadku; jedynie nasilenie ich było początkowo większe, mianowicie ruchy gałek chwilowo zatracały prawidłowe skojarzenie, każde oko drgało „na własną rękę“ powstawał szał oczu, stąd nazwa opsochorji nadana objawowi przez Orzechowskiego, a opsoklonji dla tychże ruchów, gdy przebiegały z zachowaną koordynacją gałek. Ruchy gałek istniały także we śnie. Potęgowały się pod wpływem afektu, nagłego zbliżenia palców, przy leżeniu z zamkniętemi oczyma i przy ruchach głowy, nie były zależne od mrugania. Obok niepokoju gałek spostrzegał Orzechowski grę skrzydełek nosowych, drganie warg i mimowolne ruchy w zakresie mięśni szyi, tułowia i kończyn, wybitnie nasilające się pod wpływem lęku. Mowa łkająca, wybuchliwa, a podczas niej często drganie w podbródku, więc tak samo, jak w naszym przypadku. Zresztą stan neurologiczny, prócz objawu Oppenheima i osłabienia odruchów brzusznych po lewej stronie, był ujemny. Chora wyleczyła się w ciągu 5 tygodni. Prawdopodobne rozpoznanie: *encephalitis cerebelli.*

Goździewski przytacza przypadek, dotyczący trzyletniego chłopca, który zachorował nagle wśród wysokiej ciepłoty i dreszczy. Po pięciu dniach wstał jako zdrów, lecz wkrótce zjawiło się drżenie nóg tak silne, że chodzenie stało się niemożliwe. W rok potem Goździewski stwierdził u tego chłopca ogólne drżenie tułowia, kończyn i głowy, występujące w pozycji siedzącej, stojącej, przy chodzeniu, a nawet w skutek samych zleceń zmiany pozycji, czemu zawsze towarzyszył paniczny lęk. W spokoju nie było żadnych tego rodzaju zaburzeń. Ponadto stwierdzało się asynergję tułowia, wyrzucanie stóp i nadmierne rozginanie kolan podczas chodzenia. Obok tych objawów stwierdził Goździewski wstrząsające ruchy gałek ocznych, zjawiające się przy zamierzeniu nastawienia oczu na przedmiot z początkiem ruchu. Orzechowski, który ten przypadek obserwował, uważał ruchy gałek za identyczne z ruchami spostrzeganemi we własnym przypadku.

Przypadek o bardzo podobnych objawach obserwował Mikułowski. Była to dziewczynka lat 4, która zachorowała nagle wśród gorączki i usztywnienia karku. Wkrótce potem chora ta wykazywała silny niepokój gałek ocznych, identyczny z niepokojem u naszej chorej, pojawiający się i nasilający się wśród podobnych okoliczności. Przy próbach siadania i chodzenia występowało wybitne drżenie kończyn dolnych, polegające na zginaniach i prostowaniach w stawach biodrowych i kolanowych. Brak zresztą innych zaburzeń neurologicznych, w szczególności ataksji przy badaniu w innych warunkach. Obok tych ruchów spostrzegał Mikułowski poprzez skórę to tu, to tam, ruchy falujące powierzchni brzuśców mięśniowych, czego nie było widać, gdy dziecko leżało w spokoju. Po dwóch miesiącach wypisana ze znaczną poprawą.

O przypadku Flataua i Sterlinga wspominamy na końcu, w ich bowiem spostrzeżeniu niepokój, zresztą niemal identyczny z objawami gałkowemi wszystkich wymienionych już przypadków, nie wiązał się z zapoczątkowaniem i przebiegiem ruchów dowolnych, czy odruchowych, miał natomiast ścisły związek z mruganiem powiek, czego w żadnej innej obserwacji nie notowano. Charakter zaburzenia był więc prawdopodobnie współruchowy. Drżeniu gałek towarzyszyły dość często słabe ruchy miokloniczne w mięśniach czoła. Mimo zaznaczonej różnicy przypadek tych autorów ma prawdopodobnie pewną nić głębszego powinowactwa z resztą przypadków tu przytoczonych, także ze względu na pozostałe objawy: drżenie wibracyjne, miokimję i mioklonję. Przypadek dotyczył dziewczynki dwuletniej z pneumokokowem ropnem zapaleniem opon m. rdz. Niepokój mięśniowy ogólny stanowił kombinację nieustannych niemal ruchów mioklonicznych i jakby pląsawiczych, z ruchami o charakterze drżenia wibrującego, to jakby podskórnego falowania włókien mięśniowych. Niepokój gałek ocznych polegał na występowaniu od czasu do czasu kilku szybkich wibrujących drgnięć, przypominających trzepotanie ptaka, które występowały tylko w związku z mruganiem lub opuszczaniem powiek, późniejsze losy dziecka są nieznane.

W przypadku Schlesingera, prawostronnego obwodowego porażenia nerwu twarzowego i podjęzykowego wskutek potyfusowego zapalenia ropnego przyusznic, występował niepokój gałek na sposób współruchowy. Mianowicie podczas przymykania powiek zjawiały się ruchy gałek w płaszczyźnie poziomej. Różniły się one jednak tem, że były powolne.

Tylko zewnętrzne podobieństwo do ruchów mimowolnych naszego przypadku wykazuje oczopląs skojarzony Stransky'ego, znajdywany przezeń w nerwicach. W przypadku Stransky'ego przy wysiłku zamykania powiek wbrew oporowi zewnętrznemu zjawiały się drobne drgania gałek. Objaw ten wydaje się nam rozczłonkowaniem fizjologicznego współruchu Bella. Objaw Bella dokonuje się przy próbie Stransky'ego w etapach odpowiadających poszczególnym serjom wysiłku inerwacyjnego zamknięcia powiek, co w sumie daje obraz drżenia. Chodzi więc tu o zupełnie odmienny mechanizm fizjologiczny.

Ogniwem łączącem już na pierwsze wejrzenie przypadek tu opisany z przypadkami Orzechowskiego, Goździewskigo i Mikułowskiego, a także może z przypadkiem Flataua i Sterlinga są niezwykłe mimowolne ruchy gałek ocznych, morfologicznie we wszystkich identyczne. Sądzimy, że odpowie celowi wyróżnienie ruchów gałek tego typu od innych np. atakticzno-dysmetrycznych i od różnych postaci oczopląsu przez odrębną nazwę: opsoklonji, która w najcięższych przypadkach zaburzenia dochodzi do szału nieskoordynowanych ruchów, do opsochorji. O ile można się opierać na dotychczasowej, tak skąpej kazuistyce, należy wnosić, że opsoklonja wynika z pewnego swoistego zaburzenia ruchowego. Przemawia za tem ta okoliczność, że we wszystkich niemal przypadkach powtarzają się mniej więcej te same lub zbliżone zaburzenia ruchowe, także poza sferą gałkową: drżenia, miokimje i ponadto mioklonje. Pojawiają się one albo samoistnie, w przypadku Flataua i Sterlinga, albo przy zapotrzebowaniach statycznych tułowia (Orzechowski, Goździewski, Mikułowski), albo także pod wpływem bodźców zmysłowych albo afektów, do których nasi chorzy są bardzo podatni, albo wreszcie podczas mowy (nasz przypadek).

W przypadkach opsoklonji, w których wogóle było możliwe chodzenie, notowano stale chód móżdżkowy, i to czasem z wybitną asynergją tułowia. Uderzało przytem, że zresztą objawów móżdżkowych nie było, lub były one

mało nasilone (G o ź d z i e w s k i, nasz przypadek). Chód móżdżkowy i pozycja móżdżkowa w staniu, wszędzie w tych przypadkach obecne, wystarczają, by w braku innych objawów neurologicznych, takich, jak porażne, czuciowe, rdzeniowe, mózgowe, wreszcie w braku pewnych i wybitniejszych znamion, zaburzeń pozapiramidowych, objawy zasadnicze tej grupy przypadków odnieść z dużem prawdopodobieństwem do zmian anatomicznych móżdżku, względnie pewnych jego torów. W myśl nasuwającego się przypuszczenia, że i opsoklonja ma jakiś związek z zaburzeniami móżdżku, możnaby wyzyskać, że w naszym przypadku objawy móżdżkowe dotyczyły lewej strony, opsoklonja zaś nasilała się właśnie przy spojrzeniu w lewo. Z drugiej strony musimy podkreślić, że przy bardzo ubogiej symptomatologji tej grupy przypadków spotykamy tu obok siebie objawy same przez się niezwykłe: opsoklonje, miokimję, i mioklonję mięśni szkieletowych, nadmierny afekt przy zmianie pozycji i nadmierne oddziaływanie ruchowe na banalne bodźce zmysłowe. Sądzimy, że nie prosty przypadek uszeregował obok siebie te objawy, lecz wspólna przyczyna, wspólny mechanizm powstawania i morfologiczne pokrewieństwo.

Zazwyczaj zaburzenia móżdżkowe sprowadza się do dwóch zasadniczych objawów — do dysmetrji i asynergji. Pierwsza wynika z utraty zdolności regulowania ruchów w zakresie kierunku i rozległości. Druga polega na niedostosowaniu się pożytecznego przemieszczenia odcinków kończyny w obrębie jednego lub kilku stawów w czasie i przestrzeni wówczas, gdy główny ruch dokonuje się w innym stawie. Do tego przybywają ruchy wahadłowe zjawiające się w ciągu przebiegu zamierzonego ruchu, najczęściej przy i po jego zakończeniu.

Ruchy te mogą występować samodzielnie lub komplikują dysmetryczne czy asynergiczne zaburzenie. W pierwszym przypadku stanowią one same przez się o ataksji: jest to więc trzeci rodzaj ataksji, częstokroć pochodzenia móżdżkowego. Tu właśnie należy t. zw. drżenie zamiarowe. Zdaje się nam, że pewnej odmianie takich ruchów wahadłowych odpowiadają główne objawy tej grupy przypadków, którą się tu zajmujemy, mając na myśli przedewszystkiem zaburzenie ruchowe gałek ocznych.

Wahadłowe ruchy móżdżkowe wynikają wogóle z zaburzenia harmonji zespolenia inerwacji, zależnej od podniet proprjoceptywnych i inerwacji dowolnej. Zaburzenie to, o ile chodzi o schorzenia móżdżkowe, ma najczęściej miejsce przy wygasaniu inerwacji kinetycznej, więc w chwili przejścia jej w inerwację statyczną. W naszym przypadku zaburzenie ruchów gałek istnieje przez cały czas kinetycznej inerwacji i w tem właśnie tkwi swoistość zaburzenia. Duże nasilenie wahadłowych ruchów upodabnia je do mioklonji, w naszych przypadkach ma to miejsce, o ile chodzi o gałki oczne. Natomiast o ile zaburzenie jest bardziej dyskretne — wytwarza ono widocznie skłonność tylko do tremorów, n. p. w mięśniach tułowia naszego przypadku. Za pochodzeniem atakstycznem ruchów gałek przemawia w szczególności w naszym przypadku fakt, że w okresie poprawy popadały gałki w drgania tylko z chwilą wyprowadzenia ich z równowagi statycznej, czy to na rozkaz, czy przy ruchach przygodnych, czy też przy zmianie nastawienia gałek wskutek zadziałania bodźca zmysłowego. Możliwe, że w przypadku F l a t a u a - S t e r l i n g a ataksja miokloniczna oczu była tak mało zaznaczona, że towarzyszyła ona tylko przemieszczeniom gałek, dokonującym się współruchowo. Możliwe atoli także, że nasilania się niepokoju w ich przypadku podczas mrugania, a w naszym podczas zamknięcia oczu było następstwem zatracania się spokoju statycznego gałek z tą chwilą, gdy traciły oparcie trwałe o pewien punkt pola widzenia, z którym były niejako związane podczas rozwarcia powiek. Przy maksymalnem nasileniu zaburzenia gałkoruchowego najmniejsze, wprost niedostrzegalne, a normalnie nieuniknione wychylenia z pozycji spokoju, mogą powodować tę ataksję oczu. Wtedy mamy ją obecną, nawet w pozornym spokoju, jak to było z początku choroby w przypadku naszym i przypadku O r z e c h o w s k i e g o.

Ataksje miokloniczne oczu uważamy za następstwo obrażenia pewnych torów móżdżkowych lub ośrodków móżdżku, mających połączenie z jądrami nerwów gałko-ruchowych. Obrażenie analogicznych ośrodków i torów czuwających nad ruchami mięśni szkieletowych sprowadzić może, naszem zdaniem, miokloniczną ataksję kończyn i tułowia, która w przypadkach przez nas omawianych albo wyrażała się słabo albo tylko wśród pewnych warunków n. p. w pozycji pionowej tułowia. Należałoby stąd wnosić, że w przypadkach opsoklonji tylko część domniemanych torów, i to włókna gałkowo-ruchowo-móżdżkowe, przedewszystkiem ucierpiały przez sprawę anatomiczną. O tem, że mioklonje w pewnych przypadkach mogą być rzeczywiście pochodzenia móżdżkowego, świadczą zresztą spostrzeżenia R a m s a y 'a, H u n t 'a o „dyssynergji móżdżkowej mioklonicznej" w przypadkach z drżeniem i mioklonjami, wynikającemi z dyssynergji pojętej w sposób zbliżony do tu przedstawionego.

Na podstawie obserwacji przypadków tu omówionych, i przytoczonych rozważań, sądzimy, że należy wyodrębniać ataksję miokloniczną, jako szczególną postać, jak się zdaje nieczęstą, ataksji móżdż. Wynikałoby stąd, że mioklonje, obok innych źródeł, mogą czerpać swe przyczyny powstania z zaburzeń móżdżkowych. Ataksja miokloniczna i drżenie móżdżkowe wynikają z niemożności odpowiedniego ustalenia statycznego n. p. przy staniu i chodzie, i z niemożności odpowiedniej adaptacji kinetycznej w czasie ruchu odcinków kończyn, a ponadto także może z ruchów kompensacyjnych, mniej lub więcej dowolnych. Zaburzenie rozgrywa się między przeciwniczo działającemi grupami synergistów. Ponadto może istnieć brak skojarzenia móżdżkowego skurczów mięśni należących do tej samej grupy synergistów. Prowadzić to musi do mioklonji, tem gwałtowniejszej i tem mniej regularnej. Dalej idąc, nie można odrzucić z góry przypuszczenia, że móżdżek ma także wpływ na harmonijne kojarzenia się skurczów poszczególnych wiązek mięśniowych nawet jednego brzuśca w jeden równoczesny skurcz całego brzuśca. Przy zaburzeniu mechanizmu, czuwającego nad zharmonizowaniem skurczów wiązek, może zajść tego rodzaju zaburzenie, że jedne wiązki będą kurczyły się prędzej, drugie później, różne wreszcie wiązki z różną siłą i z różnym czasem trwania skurczu. W ten sposób powstawałyby drżenia wiązkowe i włókienkowe. Obok więc drżeń wiązkowo-włókienkowych obwodowych, których część uzależnia O r z e c h o w s k i od neuronów sympatycznych, obok takichże drżeń pochodzenia pozapiramidowego, musieliśmy rozróżniać jeszcze grubą i drobną mioklonję zależną od umiejscowienia sprawy anatomicznej w pewnych torach rdzeniowo-opuszkowo-móżdżkowych.

Na tem miejscu nie chcielibyśmy pominąć jednego drobnego szczegółu, który może mieć w tym związku pewne znaczenie. Chora nasza nie czuła i dotąd nie uczuwa mimowolnych ruchów gałek. Objawu tego nie można u niej tłumaczyć zaburzeniami czucia głębokiego, bo gdzieindziej zaburzeń takich u chorej nie obserwowaliśmy. Z drugiej strony wiadomo, że chorzy cierpiący na bardzo silną mioklonję czasami nie zdają sobie z niej sprawy; (S i c a r d, O r z e c h o w s k i), pod tym więc względem zachowanie się ruchów gałek w tym przypadku i w pewnych przypadkach mioklonji obwodowej byłoby identyczne.

W myśl tego, cośmy wyżej powiedzieli, doszukujemy się siedziby anatomicznej schorzenia w przypadkach opsoklonji w torach móżdżkowych, nie będąc w stanie ściślej określić, o który z nich chodzi. Musi to być naturalnie jedna z dróg móżdżkowych, która zawiaduje także statyką mięśni gałek ocznych, droga znajdująca się w pobliżu jąder nerwów gałkoruchowych, względnie dróg zawiadujących kojarzeniem ruchów gałek, więc będąca opodal pęczka podłuż-

nego tylnego lub w nim samym przebiegająca. W każdym razie zmiana anatomiczna w grupie przypadków opsoklonji musi się ograniczać do bardzo małej przestrzeni, wobec braku innych objawów móżdżkowych, a stosunkowo słabego nasilenia tych, które są.

O ile chodzi o rozpoznanie w opisanym przez nas przypadku to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy do czynienia z zapaleniem mózgu najprawdopodobniej sporadycznem, a nie nagminnem, chociaż za tem ostatniem mogłyby przemawiać niektóre dane z wywiadów i początek, równoczesny z pojawieniem się tegorocznej epidemji. Brak jednak całego szeregu innych objawów: jak kilkudniowej przynajmniej zwyżki ciepłoty, przyśpieszenia tętna, znanych objawów psychicznych, bolów wszystkich objawów ocznych zresztą spotykanych w tej postaci, a natomiast obecność zaburzenia gałek właśnie całkiem niezwykłego rodzaju, zdaje się przemawiać przeciwko tej postaci zapalenia.

Znamiennem jest także, że prawdopodobnie we wszystkich opisanych przypadkach miało się także do czynienia z tłem zapalnem. W szczególności w niniejszym przypadku, w przypadku Orzechowskiego i Mikułowskiego chodziło o t. zw. nieropne zapalenie mózgu.

**Piśmiennictwo:**

Frey Ł.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1925 r. — Flatau-Sterling: Neur. Pol. T. I. Zesz. VI. Maj—Czerwiec. 1911. — Goździewski: Lwowski Tyg. Lek. Nr. 17. 1913 r. str. 229. — Mikułowski: Praca oddana do druku. Przegląd pedjatryczny. 1925. — Orzechowski: Lwowski Tyg. Lek. Nr. 18. 1913 r. str. 243. — Orzechowski: Neur. Pol. T. VIII. Zesz. I. 1925. — Hunt, I. Ramsay: Zentr. f. d. G. N. u. Psych. Heft 29. 1922. — Stransky: Neurol. Centralbl. 1901. 786.

---

## Wykład kliniczny.

Dr. med. Henryk GROMADZKI, adjunkt kliniki. Warszawa.

### W sprawie rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego [1]).

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. A. Czyżewicz.

W Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, od połowy września 1921 roku do 1-go lipca 1925 roku wykonaliśmy naogół 97 cięć cesarskich, a mianowicie:

76 cięć nadłonowych (w dolnym odcinku macicy),
11 cięć klasycznych i
10 cięć pochwowych (podług Dührsena).

Przy cięciach nadłonowych raz jeden zmuszeni okolicznościami wykonaliśmy następowe wycięcie macicy oraz 4 razy stosowaliśmy zapobiegawcze zeszycie brzegów otrzewnej ściennej z brzegami otrzewnej trzewnej, rozciętej na przedniej ścianie macicy, (podług Frommego).

Przy cięciach klasycznych w dwóch przypadkach operowaliśmy podług Sellheima, wytwarzając przetokę maciczno-skórną.

Zejść śmiertelnych matek mieliśmy 7, t. j. 7,2%.

Wskazaniem do cięcia cesarskiego klasycznego, wzgl. nadłonowego było zwężenie kanału kostnego miednicy 58 razy, 50 razy miednica płaska, przeważnie krzywicza, 3 razy miednica skośnie zwężona, 2 razy miednica osteomalatyczna, 1 raz miednica kręgozmykowa (spondylolistetyczna), 1 raz miednica ogólnie jednostajnie zwężona i 1 raz miednica mała przy mikromelji).

Rzucawka porodowa potwierdzona w każdym poszczególnym przypadku badaniem krwi, skłoniła nas do wykonania cięcia cesarskiego w 15 przypadkach, łożysko przodujące — w 8-u, wreszcie rak szyi macicznej, agonja po ataku apoplektycznym, stan po operacyjnem usunięciu jednej nerki, grożące pęknięcie macicy przy położeniu poprzecznem, duży przodujący włókniako-mięśniak szyjki macicy i blizna macicy po uprzedniem wyłuszczaniu włókniako-mięśniaków — po jednym razie.

Po cięciu cesarskiem wykonanem z powodu zwężenia miednicy mieliśmy zejście śmiertelne w jednym przypadku z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej, które rozwinęło się prawdopodobnie na tle ropnego zapalenia stawu kolanowego, istniejącego u chorej już przed operacją. T. zw. absolutne wskazanie do cięcia cesarskiego zmusiło nas w danym przypadku do wykonania zabiegu, co do którego rokowanie było *a priori* jak najgorsze.

Po cięciach cesarskich klasycznych i nadłonowych wykonanych z powodu rzucawki porodowej straciliśmy 4 chore. We wszystkich tych przypadkach przyczyną śmierci była rzucawka sama w sobie, a śmierć następowała wkrótce po rozwiązaniu, przy objawach obrzęku płuc, przed odzyskaniem przez chorą przytomności.

W przypadkach, w których wykonaliśmy cięcie cesarskie z powodu łożyska przodującego, straciliśmy jedną chorą, która była operowana *in extremis* — bez tętna — i zmarła przed dokończeniem operacji na stole operacyjnym.

Siódmy wreszcie i ostatni przypadek zejścia śmiertelnego po cięciu cesarskiem mieliśmy również na stole operacyjnym. W przypadku tym była operowana ciężarna umierająca po ataku apoplektycznym.

Cięcia cesarskie pochwowe wykonaliśmy z następujących wskazań: 5 razy z powodu rzucawki w ciąży, po 2 razy — z powodu zapalenia nerek i gruźlicy płuc, wzgl. krtani i raz jeden z powodu grożącego pęknięcia macicy i niepodatności zbliznowaciałego ujścia macicy.

Przez cięcia klasyczne i nadłonowe (86) uzyskaliśmy w 83 przypadkach dzieci żywe, w tem 3 pary bliźniąt. W trzech przypadkach wydobyliśmy dzieci w ciężkiej zamartwicy, z której nie udało się nam ich docucić. Stało się to 2 razy w przypadkach miednicy zwężonej płaskiej po długiej czynności porodowej, która poprzedziła zabieg operacyjny i raz, w przypadku cytowanym powyżej agonji, po ataku apoplektycznym.

Po cięciach cesarskich klasycznych i nadłonowych spostrzegaliśmy następujące powikłania połogu: 1 raz *parametritis*, 1 raz *peritonitis diffusa* przypadek zakończony śmiercią) oraz 1 raz *fistula vesico-vaginalis* w przypadku, w którym wykonaliśmy po cięciu cesarskiem wycięcie macicy. Przetoka moczowa została potem zamknięta operacyjnie.

Cięcia cesarskie pochwowe z wyjątkiem dwóch przypadków, w których wydobyliśmy przy pomocy kleszczy płody żywe (*rigiditas ostii et ruptura uteri imminens* oraz *eclampsia*), wykonaliśmy w przypadkach, w których płody były jeszcze niezdolne do życia samoistnego.

Po cięciach cesarskich pochwowych nie spostrzegaliśmy żadnych powikłań połogu.

---

Zestawienie powyższe z przestraszającą cyfrą 7,2% śmiertelności wymaga komentarzy, tembardziej, jeżeli mamy mówić o rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego i szukać uprawnień do tego rozszerzenia w materjale własnym.

Zdaniem naszem nasze przypadki zejść śmiertelnych po cięciach cesarskich nie dyskredytują zupełnie tego zabiegu i tylko wówczas mogłyby go dyskredytować, gdyby istotnie były bezpośredniem następstwem operacji. W naszym materjale widzimy 4 zejścia śmiertelne spowodowane rzucawką porodową, której rozwiązanie rodzących nie zdołało już ukrócić, co zresztą potwierdziło pośmiertne badanie zwłok; jeden przypadek dotyczy kobiety skrwawionej do ostateczności z powodu łożyska przodującego, która przybyła do kliniki ze słabemi oznakami życia; robiliśmy cięcie cesarskie, bo jedynie po tym zabiegu można było się spodziewać utrzymania gasnącego życia; badanie pośmiertne w danym przypadku ustaliło jako przyczynę śmierci ostrą niedokrwistość wszystkich narządów; raz operowaliśmy konającą po napadzie apoplektycznym, ściśle więc biorąc

[1]) Według referatu wygłoszonego w Sekcji Ginekologiczno-Położniczej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. R. 1925.

wykonaliśmy cięcie cesarskie na stygnących zwłokach. W powyższych zatem przypadkach nie można mówić o śmierci po cięciu cesarskiem. Jeżeli poza tem zważymy, że i w ostatnim przypadku śmierć nastąpiła wskutek rozlanego zapalenia otrzewnej, powstałego u chorej, która przed wykonaniem cięcia cesarskiego ze wskazań bezwzględnych cierpiała na ropne zapalenie stawu kolanowego, to dojdziemy do przekonania, że i w tym przypadku nie można winić operacji o spowodowanie zejścia śmiertelnego. Każdy inny sposób rozwiązania danej chorej krył w sobie to samo niebezpieczeństwo dla matki, z tą tylko różnicą, że jedyne tylko cięcie cesarskie gwarantowało wydobycie żywego dziecka, które też przez wykonanie operacji uzyskaliśmy.

Te pozorne 7,2% śmierci po cięciach cesarskich, to jeszcze jeden z dowodów, że medycyny na statystyce budować nie można. Wyniki zabiegów operacyjnych nie mogą być identyfikowane z następstwami chorób leczonych tą, czy inną metodą. Spotykamy się jednak z takiem identyfikowaniem dość często nie tylko w kołach laików, ale niestety i w kołach lekarskich, które winnyby bardziej krytycznie na te sprawy patrzeć.

Jeżeli uprzytomnimy sobie pobieżnie ewolucję wskazań do cięcia cesarskiego, pominąwszy zresztą czasy starożytne i średniowieczne, to przekonamy się, że zaczęła się ona stosunkowo niedawno. Wszak niezbyt odległe są te czasy, w których cięcie cesarskie było uznawane za tak ryzykowną operację, że wykonanie jej było wydarzeniem nielada, nawet dla wziętego i doświadczonego położnika, nietylko u nas, ale nawet i u innych narodów. Że tak było istotnie, pamiętamy wszyscy, a najlepszym tego dowodem są liczne publikacje kazuistyczne ogłaszane przez autorów cieszących się jeszcze dzisiaj najlepszem zdrowiem i powodzeniem o „wykonanych z powodzeniem dla matki i dziecka“ cięciach cesarskich. (Z. Endelman 1903, Wł. Jakowicki 1913, Radwańska 1914, St. Zaborowski 1913 i w. i.).

Pojęcia nasze co do stopnia niebezpieczeństwa cięcia cesarskiego dla matki uległy zasadniczym zmianom w ciągu dwóch ostatnich dziesiątków lat i to tak radykalnie, że w stosunkowo krótkim czasie zgodziliśmy się na uznanie wskazań bezwzględnych do cięcia cesarskiego, do których zaliczyliśmy w pierwszej linji zwężenia miednicy 2-go stopnia, niektóre przeszkody zasłaniające kanał rodny, zwężenia i zniekształcenia części miękkich rzucawkę porodową i wreszcie łożysko przodujące.

Nie od rzeczy będzie przy tej sposobności zastanowić się nad tem, co właściwie spowodowało tak późne zliberalizowanie pojęć naszych na wskazania do cięcia cesarskiego, pomimo pełnego zrozumienia i praktycznego stosowania zasad Semmelweisa, Listera i Pasteura w położnictwie współczesnem? Przecież to ci trzej pionierzy medycyny dzisiejszej wybili te wrota, od których poszły drogi dla ewolucji, która się dopiero w naszych oczach odbywa.

Bez wątpienia, że technika cięcia cesarskiego odegrała tutaj rolę pierwszorzędną. Kiedy wykonywano cięcie cesarskie klasyczne z wytaczaniem macicy przed powłoki brzuszne, lub z otwieraniem jej *in situ*, nietrudna w zasadzie operacja była bardzo niebezpieczna ze względu na wielką łatwość zakażenia jamy brzusznej. Kiedy więc cięcie cesarskie klasyczne było jedyną operację umożliwiającą wydobycie z macicy płodu z pominięciem kanału kostnego miednicy, położnik specjalista, jednocześnie internista i pedjatra wiedział o technice operacyjnej tyle tylko, ile mu zdołał wpoić wiadomości teoretycznych profesor chirurgii podczas studjów uniwersyteckich, lub trochę więcej. Wyrobienie techniczne tegoż specjalisty nie poprawiło się wiele do chwili, kiedy Latzko ogłosił swe prace o cięciu cesarskiem w dolnym odcinku macicy, które z punktu widzenia techniki operacyjnej jest zabiegiem o wiele trudniejszym od cięcia klasycznego, lecz pod wielu względami korzystniejszym i lepszym. Nic więc dziwnego, że specjalista położnik, który tymczasem pozbył się narzuconej mu pedjatrji, musiał z konieczności rzeczy patrzeć na cięcie cesarskie jako na zabieg ciężki i ograniczał jego wykonywanie do minimum.

Rozwój ginekologji jako specjalności odrębnej, a nadewszystko ginekologji operacyjnej, oraz organiczny jej związek z położnictwem sprawił, że lekarze poświęcający się tej specjalności poczęli coraz bardziej szkolić się w technice operacyjnej, dzięki czemu mamy już dzisiaj cały zastęp specjalistów położników-ginekologów — doskonałych operatorów, dla których technika cięcia cesarskiego w jego najprzeróżniejszych modyfikacjach nie jest obca. Stało się to poniekąd dzięki temu, że my lekarze Polacy poszliśmy pod tym względem po tej samej linji rozwoju, jaką sobie obrali Niemcy, którzy wyodrębnili ginekologję operacyjną i ginekologję jako specjalność z chirurgji i połączyli te gałęzie medycyny z położnictwem. Droga, na którą wstąpiliśmy, pozwoliła nam wyszkolić tych specjalistów, których już posiadamy i daje nam rękojmię na przyszłość, że ze szkół naszych w dalszym ciągu wychodzić będą coraz to nowi ludzie, przygotowani do wykonywania swej specjalności według wymagań doby obecnej. W tych warunkach możemy śmiało myśleć o dalszej ewolucji wskazań do cięcia cesarskiego, winniśmy to nawet poczytywać za swój obowiązek moralny wobec ludzkości.

Francja n. p. poszła po innej drodze rozwoju. Tam położnictwo stanowi specjalność odrębną, zamkniętą w sobie. Ginekologję, a w szczególności ginekologją operacyjną zajmują się tam wyłącznie chirurdzy, nic więc dziwnego. że położnicy francuscy, nie posiadając w swem gronie ludzi z wyrobioną techniką operacyjną, w dalszym ciągu uważają cięcie cesarskie za zabieg wyjątkowo ciężki i w dalszym ciągu stoją przy dawnych ciasnych wskazaniach do tej operacji. Mam to wrażenie, że dopóki nie zejdą z tej drogi, po której idą, nie będą mogli myśleć o tak szerokiem zastosowaniu cięcia cesarskiego, na jakie ono ze wszech miar zasługuje.

Jeżeli staniemy na gruncie współczesnego położnika-ginekologa polskiego, to możemy z czystem sumieniem powiedzieć, że cięcie cesarskie, a przedewszystkiem cięcie cesarskie przezotrzewnowe nadłonowe (w dolnym odcinku) jest operacją technicznie łatwą, mało ryzykowną zarówno dla matki, jak i dla płodu, bodaj że jedną z mniej ryzykownych operacji położniczych, jeżeli jest wykonane *lege artis* i w odpowiedniej chwili.

Ramy krótkiego referatu nie pozwalają mi na przeprowadzenie porównawczych zestawień co do ryzykowności i wyników tych różnych położniczych zabiegów operacyjnych, które konkurują z cięciem cesarskiem. Wiem jednak z pewnością i jestem o tem przekonany, iż większość doświadczonych położników podzieli me zdanie co do tego, że z takiego porównywania cięcie cesarskie wyszłoby z całą pewnością zwycięsko. Przecież nikt mi chyba nie zaprzeczy, że niejednokrotnie ciężkie kleszcze wysokie, lub wymóżdżenie, albo też rozkawałkowanie płodu są operacjami o wiele cięższemi, bardziej ryzykownemi od przeciętnego cięcia cesarskiego, które poza tem że minimalnie naraża na szwank życie i zdrowie matki, pozwala rokować z nieomylną prawie pewnością życie noworodka niezbyt pewne po kleszczach wysokich, a niemożliwe do utrzymania przy wszystkich zabiegach pomniejszających jego ciało w celu wydobycia na zewnątrz.

Zdaniem mojem cięcie cesarskie winno być wykonywane wszędzie tam, gdzie **ze strony matki** jej stan wymaga natychmiastowego rozwiązania przy niedostatecznie przygotowanych częściach miękkich kanału rodnego i gdzie **ze strony płodu** z jakichkolwiek powodów poród żywego

dziecka *per vias naturales* według dzisiejszego stanu wiedzy położniczej jest niemożliwy lub nieprawdopodobny.

Trudność ustalenia ścisłych wskazań polega na tem, że operator winien w każdym poszczególnym przypadku liczyć się z warunkami miejscowemi i starać się przynajmniej, o ile warunki życiowe go do tego nie zmuszą, nie operować w tych razach, w których *a priori* rokowanie jest złe. Zastrzeżenie to nie dotyczy rzecz oczywista tych przypadków w których cięcie cesarskie musi być wykonane z t. zw. wskazań bezwzględnych.

Precyzowanie wskazań, jak to dotychczas robiliśmy uważam nietylko za zbyteczne, ale nawet za szkodliwe. Mając na względzie powyżej przytoczone zasady wytyczne, winniśmy indywidualizować w każdym poszczególnym przypadku. Ażeby jednak indywidualizacja ta była możliwa, ażeby decyzja powzięta miała wartość, należy wymagać od tych, którzy decydować będą, nietylko sprawności w technice operacyjnej, ale i wszechstronnej wiedzy z zakresu położnictwa teoretycznego, a głównie fizjologji porodu i jego mechanizmu. Tylko ten, kto posiada głębokie wykształcenie teoretyczne przy dużem doświadczeniu praktycznem, będzie w stanie zorjentować się w każdym poszczególnym przypadku, co będzie łagodniejsze dla rodzącej i jej płodu, czy np. wysokie kleszcze, czy poród samoistny, czy też cięcie cesarskie. Pomimo, że decyzja winna nastąpić zazwyczaj szybko, bo nieraz różnica 15 minut może poważnie zaważyć na szali, przed ostateczną decyzją należy rozważyć wszystkie pro i contra.

Nie należy przy tem nigdy postępować szablonowo i nie upierać się przy zasadach, które lubo błąkają się w postaci wskazówek praktycznych lub przeciwwskazań rzekomych, nie mają nic wspólnego z wiedzą położniczą i jako takie tylko szkodę wyrządzać mogą.

Dla przykładu wspomnę np. o zdaniu, które słyszałem z ust niejednego położnika praktyka, że odejście wód jest przeciwwskazaniem do cięcia cesarskiego. Tak bynajmniej nie jest. Istnienie komunikacji otwartej jamy jaja płodowego ze światem zewnętrznym winno być oceniane *ad casum*; w poszczególnych przypadkach może ono być istotnie przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu, w iluż jednak razach po odejściu wód można z czystem sumieniem wykonać z powodzeniem cięcie cesarskie, posiłkując się w razie wątpliwości różnemi metodami, uniemożliwiającemi przedostanie się zawartości jaja płodowego do jamy otrzewnej, począwszy od jej osłonięcia serwetami, przez zeszycie brzegów otrzewnej ściennej z brzegami rozciętej na macicy otrzewnej trzewnej podług Frommego, do wytworzenia przetoki maciczno-skórnej podług Sellheima włącznie. Wszystkie te metody stosowaliśmy na Klinice Położniczo-Ginekologicznej z zupełnem powodzeniem i nadal stosować je będziemy w odpowiednich przypadkach.

Do czego zmierza postawienie wskazań do cięcia cesarskiego w sposób powyższy?

W odpowiedzi na to pytanie zastrzegę się przedewszystkiem przed posądzeniem o *furror operativus*.

Każdy z doświadczonych położników niewątpliwie spotkał się w swej działalności z takiemi przypadkami, w których poród przebiegał książkowo, zakończył się jednak przyjściem na świat martwego dziecka. Na Zjeździe Ginekologów Polskich w roku 1923 Prof. Rosner wspomniał o takich właśnie przypadkach, w których z niewiadomych i nie dających się ustalić powodów płód zamiera nawykowo z chwilą wystąpienia bólów porodowych u kresu normalnej ciąży. Prof. Rosner wypowiedział się za tem, żeby w takich przypadkach wykonywać cięcie cesarskie, nie czekając na zamarcie płodu. Każdy z doświadczonych położników zapewne miał również w swej obserwacji starsze pierwiastki, u których przy najnormalniejszej miednicy odchodziły przedwcześnie wody, poród potem trwał nieskończenie długo, a efektem końcowym było martwe dziecko. W przypadkach takich cięcie cesarskie uratowałoby z pewnością życie dziecka, nie narażając zupełnie matki. Przykładów takich z praktyki możnaby przytoczyć całe szeregi, w których niema zupełnie klasycznych wskazań do cięcia cesarskiego, a w których operacja ta wykonana w porę zapobiegłaby z całą pewnością utracie życia płodu, który przecież ma równe prawa do życia, jak i matka. (Rosner).

Postawienie sprawy wskazań do cięcia cesarskiego w sposób powyższy ułatwi niejednokrotnie i przyśpieszy decyzję, szczególnie w tych razach, w których mniej doświadczony położnik spotka się z podobnym przypadkiem. Jeżeli bowiem kwestja wskazań do cięcia cesarskiego pozostanie nadal w tem samem stadjum, w jakiem się znajduje obecnie, to takiemu właśnie lekarzowi nigdy na myśl nie przyjdzie, że w danym przypadku cięcie cesarskie może w sposób zupełnie łagodny zapobiedz katastrofie. Jeżeli jednak zamiast pamiętać sprecyzowane wskazania, będzie znał powyższą formułę, to nawet wtedy, gdy nie będzie się czuł na siłach do wykonania cięcia cesarskiego, a zda sobie sprawę z niebezpieczeństwa zagrażającego życiu matki lub płodu, nie zawaha się przed wezwaniem na naradę kolegi bardziej doświadczonego, który sprawę rozstrzygnie i skieruje postępowanie na właściwe tory.

Że z tego tylko korzyść dla społeczeństwa wyniknąć może, nikt mi chyba nie zaprzeczy.

---

## Z praktyki.

Dr. Med. W. MIKUŁOWSKI. Warszawa.

### Rzadki zespół opso-miokloniczny u dziecka w przebiegu zapalenia mózgu.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Doc. Szenajch Wł.

Spostrzeżenia, tyczące się występowania mioklonji w przebiegu cierpień układu nerwowego ośrodkowego u dzieci, są rzadkie.

W lecie 1924 r. miałem sposobność obserwować na oddziale szpitala Karola i Marji dla dzieci przypadek, którego przebieg kliniczny pozwalam sobie opisać.

Krzysia C. lat 4, przybyła do szpitala dn. 15. VII. 1924., skierowana tamże, przez lekarza z powodu podejrzenia drętwicy karku. Dziecko zachorowało nagle przed dwoma dniami, 13. VII., wśród wysokiej gorączki, dreszczów, bólów głowy i wymiotów. W drugim dniu choroby, 14. VII., zauważyli rodzice i przywołany lekarz sztywność karku i oczopląs. Dziecko na pięć dni przed chorobą (t. j. 8. VII.) upadło z łóżeczka na podłogę i uderzyło się w główkę, było jednak przez następne dni (t. j. do 13. VII.) zdrowe i wesołe. Rodzice dziecka zdrowi.

Badanie stwierdza: dziecko przytomne, dobrej budowy i dobrego odżywienia (wzrost 1 m. 2 cm., obwód klatki piersiowej 50 cm., obwód czaszki 47 cm.). Kościec bez zmian chorobowych. Temperatura 38°, tętno 132, miarowe, dobrze napięte. Odczyn skórny Pirquet'a dodatni. Układ gruczołowy bez zmian. Jama ustna, gardło, nos, wolne. Tony serca czyste. Płuca, narządy jamy brzusznej, bez zmian.

Dziecko leży prawie stale w jednej pozycji, dość nieruchomo. Trzyma ono główkę ku tyłowi odchyloną. Na próbę odchylenia jej ku przodowi napotyka się na opór z powodu wyraźnej sztywności karku.

Objaw Kerniga i policzkowy Brudzińskiego ujemny, natomiast karkowy Brudzińskiego zaznaczony. Źrenice dość wąskie, na światło oddziaływują. Odruch rogówkowy obecny. Brak zmian w obrębie mięśni twarzy. Mięśnie tułowia i kończyn o prawidłowem napięciu. Ruchy kończyn są możliwe, z siłą dostateczną. Ruchy badane w ułożeniu leżącem są zborne, brak w szczególności drżenia zamiarowego. Brak bolesności mięśniowej przy ucisku. Odruchy ścięgnisto-okostnowe z górnych kończyn i odruchy kolanowe, zachowane, odruch ze ścięgien Achillesa i odruchy brzuszne, zachowane, odruchu Babińskiego, Mendla-Bechterewa i Oppenheima brak. Brak zaburzeń czucia dotyku (bólu i temperatury). Gałki oczne mają ruchy zachowane we wszystkich kierunkach. Przytem przy patrzeniu w górę, na boki i ku dołowi występują w skrajnych położeniach gałek wahadłowe ich drgania o równych wychyleniach.

Najbardziej uderzającym objawem są mimowolne ruchy gałek, zjawiające się bez względu na ich ustawienie i niezależnie od samego faktu inerwacji dowolnej. Polegają one na nagłych, gwałtownych, wprost szarpiących ruchach gałek, nierównych, to krótkich, to bardzo rozległych, przeważnie dokonywujących się w płaszczyźnie poziomej, kończących się najczęściej, po serji takich poziomych wychyleń w jedną to w drugą stronę, nagłem wzniesieniem ku górze, a po niem — opadnięciem oczu do płaszczyzny poziomej, pośredniej, w której się zwykle znajdują. Zazwyczaj są to ruchy skojarzone, t. j. jedno i drugie oko przemieszcza się gwałtownie w jedną, a potem w drugą stronę, wyjątkowo jednak skojarzenie ruchów zatraca się. Ma to miejsce zwłaszcza przy nasileniu częstości i szybkości ruchów. Wówczas każde oko zosobna drga to w jedną i tę samą stronę, to każde w odmiennym kierunku, to w płaszczyźnie poziomej — to znowu jedno wychyla się gwałtownie ku górze i opada, gdy drugie wybiega ku górze; wśród szarpiących ruchów gałki nagle się zbiegają, to rozchodzą. Całokształt tego obrazu ruchowego sprawia chwilami wrażenie niezwykłego, nieregularnego tańca oczu, bez przesady mówiąc — szału gałek ocznych. Ruchy mimowolne oczu są niezależne od ułożenia głowy i ciała i nie pozostają w związku z naturalnem mruganiem powiekami. Udało się natomiast ustalić, że najczęściej drgawki oczu występują w związku z afektem dziecka, że wtedy pojawiają się w stopniu najsilniejszym i tak długo trwają, póki się dziecko nie uspokoi. Dziecko wogóle wykazuje znaczną lękliwość, ujawnia ją wyrazem twarzy przy najspokojniejszem zagadnieniu z naszej strony, a idzie z tem w parze zjawienie się serji mioklonji oczu. Gdy dziecko jest pozostawione samemu sobie i obserwowane tylko z oddali, ruchów oczu zwykle niema. Zjawiają się one i w tych warunkach czasami, jak się zdaje, wówczas, gdy się dziecko czemś w otoczeniu zainteresuje, albo gdy grymas niepokoju przebiegnie po jego twarzy. Przy zamkniętych powiekach dają się drgawki obserwować w tem samem natężeniu, jak i przy otwartych. We śnie również występują, jakkolwiek mniej często.

Badanie dna oka (Dr. Matusewiczówna), zmian patologicznych nie wykazuje.

Badanie otjatryczne (Dr. Pieniążek), zapomocą kalorycznego drażnienia przewodu słuchowego, stwierdza zupełną niezależność oczopląsu od pobudzeń przedsionkowych.

Mowa dziecka jest nieco łkająca, prawdopodobnie pod wpływem zalęknienia, jakie występuje wskutek naszego zbliżania się do niego. Pokarmy przyjmuje chętnie.

Dziecko z trudem daje się nakłonić do siadania i na samą wzmiankę o tem ujawnia paniczny lęk. Przy ruchach wykonywanych w celu podniesienia się z pozycji leżącej — chora usztywnia kark i tułów, a w mięśniach barków i kończyn górnych i dolnych występują grube drgania pęczkowe.

Przy próbie postawienia na nogi, co udaje się tylko przy podtrzymywaniu przez otoczenie, dziecko głośno płacze i krzyczy z przerażenia i usztywniając tułów drży na całem ciele, najwięcej w kończynach dolnych, które ustawia na szerokiej podstawie. Pozostawione sobie, przytrzymuje się silnie zapomocą rąk poręczy łóżka. Przy bliższej obserwacji można się przekonać, że drganiom ulegają głównie kończyny i to dolne, i że te drgawki polegają na zgięciach i prostowaniach w stawach biodrowych i kolanowych dość szybko po sobie postępujących, to po jednej, to po drugiej stronie. Ruchy te ciągle zagrażają dziecku upadkiem, stąd prawdopodobnie lęk ujawniany w tej mierze, gdy się dziecko postawi na nogi. Obok tych ruchów spostrzega się poprzez skórę to tu, to tam ruchy falujące w różnych brzuścach mięśniowych, których w pozycji dziecka leżącej nie widzieliśmy.

Przy nakłuciu lędźwiowem wydobyto 20 cm.³ płynu jasnego, przeźroczystego, pod miernem ciśnieniem. Nonne-Apelt dodatni, Pandy dodatni. Ciałek białych w 1 mm.³ — 38. W odwirowanym osadzie brak krwinek czerwonych, obecne białe ciałka w stosunku: 7 limfocytów na 3 wielojądrzaste, zresztą komórki śródbłonkowe, brak bakteryj. Barwienie sposobem Ziehl'a nie stwierdza obecności prątków Kocha. Posiew płynu jałowy. Refraktom: 1,3350. Badanie krwi: Hg: 80% Sahli. Cz. ciał. 4,300.000. b. ciał. 10,000. wielojądrz. 70%, limf. 18%, przejść. 11%. eozyn. 1%. W moczu diazoreakcja dodatnia, aceton obecny.

Dn. 17. VII. Ciepł 37,8°. Tętno 120, równe. Przytomność stale zachowana, łaknienie zadawalające, sen niespokojny, brak dolegliwości podmiotowych. Zresztą badanie przedmiotowe nie stwierdza zmiany poprzedniego stanu.

Dn. 19. VII. Ciepł. 37,4°. Tętno 120. Mniejsza sztywność karku, mniejszy lęk. Po posadzeniu dziecka na łóżku drżenie mięśni utrzymuje się, podobnie jak i oczopląs. Stan sił, apetyt — dobry. Sen lepszy.

Dn. 21. VII. Stan bezgorączkowy. Tętno 96. Dziecko siada przy naszej pomocy, przyczem okazuje mniejsze drżenie. Po postawieniu na nogi dziecko utrzymać się jeszcze nie może i drżąc na całem ciele — trzyma się kurczowo rączkami poręczy łóżka. Oczopląs nieco rzadszy.

Dn. 25. VII. Dziecko siada o własnych siłach na łóżku, pomagając sobie rękami. Przytem nie płacze. Stawanie nie udaje się bez wywołania silnego płaczu i równoczesnego drżenia w członkach. Odruchy kolanowe zniesione.

Dn. 28. VII. Oczopląs mniej częsty i mniej gwałtowny. Także lęk przy próbie stawania mniejszy, jakkolwiek chodzenie bez pomocy nie udaje się i połączone jest z drżeniem członków. Dziecko skarży się na ból pod prawem kolanem. Prawa kończyna dolna okazuje nieznaczne zmiany zanikowe i jest nieco słabsza niż lewa. Odruchy kolanowe zniesione.

Dn. 3. VIII. Oczopląs znikł prawie zupełnie. Dziecko samo chodzi, stawiając szeroko nogi i jakkolwiek jeszcze drży, nie zdradza lęku, jak dotąd, ale przeciwnie, nabiera zaufania w swoje siły. Odruchy kolanowe osłabione.

Dn. 8. VIII. Stan poprawy utrzymuje się przy dobrem łaknieniu i wesołem usposobieniu.

Dn. 10. VIII. Dziecko wypisuje się ze szpitala zdrowe do domu.

W dwa miesiące po przebytej chorobie badane dziecko nie wykazywało żadnych zmian chorobowych i cieszyło się zupełnem zdrowiem.

Oczopląs, który obserwowaliśmy u chorej, nie pokrywał się z typowym obrazem oczopląsu przedsionkowego (*nystagmus vestibularis*), złożonego z dwóch faz, jednej powolnej i jednej szybkiej, ale przeciwnie cechował się drżeniem gałek w obu kierunkach, więc na prawo i na lewo, lub w górę i ku dołowi z tą samą szybkością. Stanowił on więc t. zw. oczopląs wahadłowy (*Pendelnystagmus Uhthoffa*), w odróżnieniu od oczopląsu przedsionkowego, dwufazowego czyli wstecznego (*Rucknystagmus*), w którym oba odmienno-kierunkowe wychylenia mają różną szybkość przebiegu.

Jakkolwiek panuje pewien chaos pojęć o oczopląsie wśród neurologów i oftalmologów, to jednak pod względem mechanizmu powstawania oczopląsu wogóle wiadomo, że nie tylko błędnik i nie tylko obwodowy narząd optyczny są jedynemi miejscami, które jego powstawanie powodują, ale że wchodzić może w tym względzie w grę każde miejsce całego połączenia między narządem przedsionkowym, jądrem Deitersa, jądrem Bechterewa, i tylnym pęczkiem podłużnym, a przedewszystkiem móżdżek. Wreszcie i jeden i drugi rodzaj oczopląsu może być wyrazem niedowładu mięśni gałkowo-ruchowych i to prawdziwego niedowładu poszczególnych mięśni, albo też niedowładu skojarzonych ruchów gałek. Obok więc wymienionych już możliwości powstania oczopląsu wahadłowego w naszym przypadku, trzebaby się liczyć także z zależnością jego od stanu lekkiego niedowładu spojrzenia na boki, w górę i ku dołowi. W takim atoli razie musielibyśmy byli otrzymać przy badaniu cieplikowem — tak przynajmniej zazwyczaj bywa — zbaczanie oczu w kierunku płukanego ucha, czego w naszym przypadku nie było.

Drugim najbardziej interesującym objawem opisanego tu przypadku były ruchy mimowolne, występujące niezależnie od oczopląsu i niezależnie też od unerwienia dowolnego gałek ocznych, dla których znaleźliśmy jeden tylko czynnik potęgujący, względnie wywołujący, mianowicie stany afektu. Możnaby je nazwać — o ile nie chce się stwarzać terminu specjalnego, który i tak niewieleby więcej mówił — w myśl terminologji proponowanej przez Orzechowskiego opsoklonja. Przy szczególnem nasileniu ruchów dochodziło do ich rozkojarzenia i do gwałtownych, wyrywających ruchów gałek w różne strony. Wówczas mieliśmy przed sobą szał oczu, opsoklonję, jak ten stan Orzechowski określa.

Ruchy gałek ocznych identyczne, lub zbliżone do tych, któreśmy tu opisali w naszej historji choroby, należą do bardzo rzadkich, bo prócz przypadków obserwowanych, jak wspomnieliśmy wyżej, przez Orzechowskiego, istnieją tylko zbliżone obserwacje Flataua-Sterlinga, Goździewskiego, podobny też był przypadek Tyczki, przedstawiony niedawno w Tow. Neurol. Warszawskiem. W niektórych z tych obserwacyj, podobnie jak w naszym przypadku, uderzało wzmożenie emotywności chorych, wpływ afektu na napady opsoklonji, wreszcie chorych trudno było nakłonić do siadania i stawania. Powodem tego była, jak się zdaje, obawa chorych przed upadkiem, ten zaś zagrażał im w związku z zachwianemi warunkami równowagi. Chorzy rozstawiają silnie stopy, a kończyny dolne załamują się w kolanach —

to prostują, drgają, jakby dotknięte mioklonją nagminnego zapalenia mózgu, wreszcie po powierzchni mięśni przebiega od czasu do czasu falujące drżenie grubych pęczków. Uderzająca jest analogja zachowania się przy staniu naszego przypadku z przypadkami Orzechowskiego, Goździewskiego i Tyczki. Najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z niezwykle nasiloną ataksją statyczną pochodzenia móżdżkowego. Ruchy drgające kończyn mogłyby być wyrazem, albo ataksji jako takiej, albo usiłowań celowych chorych poprawienia swej złej statyki. Na jedno i na drugie są one może za gwałtowne. Liczymy się przeto z możliwością, że ruchy te w kończynach, łącznie z drżeniem grubowiązkowem, stanowią pewną całość samoistną i że z drugiej strony nietylko objawowo, ale i patogenetycznie pokrewne są z opsoklonją i opsochorją naszego przypadku i podobnych przypadków polskich autorów. Temsamem i zaburzenie gałek ocznych, podobnie jak ataksję dolnych kończyn, uzależniamy od zaburzenia mającego siedzibę w móżdżku, względnie w torach, najściślej z nim związanych funkcjonalnie. Że raczej zaburzenie to zlokalizowane jest w jakimś jednym torze móżdżkowym, przemawiałby zatem brak innych objawów móżdżkowych poza oczopląsem wahadłowym. O tem, że mioklonje w pewnych przypadkach mogą mieć rzeczywiście pochodzenie móżdżkowe, świadczą spostrzeżenia Ramsay-Hunt'a, który opisywał szczególne postacie zaniku móżdżku i torów móżdżkowych, przebiegające klinicznie z objawami, wśród których na poczesne miejsce wysuwały się mioklonje mięśni szkieletowych.

W myśl tego cośmy powiedzieli, doszukujemy się siedziby anatomicznego schorzenia w naszym przypadku w torach móżdżkowych, nie będąc w stanie ściślej określić, o który z nich chodzi. Musi to być jedna z dróg móżdżkowych, która czuwa także nad statyką mięśni gałek ocznych, więc znajdować się musi w pobliżu jąder nerwów gałkoworuchowych, względnie dróg zawiadujących kojarzeniem ruchów gałek, wśród tych zaś przedewszystkiem mamy na myśli pęczek podłużny grzbietowy. W każdym więc razie zmiana anatomiczna sadowić się przeto musi na bardzo ograniczonej przestrzeni trzonu mózgowego. Poza tem należy liczyć się z możliwością zmiany anatomicznej, miąższowej lub korzonkowej, niewielkiego natężenia w rdzeniu, która tłumaczyłaby zniknięcie odruchów kolanowych lekkiego stopnia, zanik rozlany jednej kończyny dolnej, objawy, które miały znaczenie tylko epizodyczne. Co do zasadniczej zmiany warunkującej naczelne objawy obrazu chorobowego, pojmujemy ją jako mózgową, za czem przemawia, w braku innej etjologji, nagły początek z gorączką i pomyślne zejście. Ponieważ ruchy w kończynach i ruchy gałek ocznych, określane tu przez nas w braku innej nazwy jako mioklonja, dalekie są od zwykłych ruchów tejże nazwy w nagminnem zapaleniu mózgu, które tam są dość stałe, o pewnym rytmie, niemal niezależne od jakichkolwiek wpływów i nigdy w tak gwałtowny sposób nie nagabują gałek ocznych, sądzimy, że chodzi tu o przypadek sporadycznej ***encephalitis***, o podłożu więc etjologicznem innem, niż w t. zw. zapaleniu „śpiączkowem". Zresztą brakło innych, znamiennych dla tej sprawy, tak licznych zresztą objawów. Lekkiej limfocytozie płynu mózgowo-rdzeniowego nie przypisujemy więcej samodzielnego znaczenia wobec braku przekonywających innych dowodów klinicznych, któreby można było odnieść do sprawy zajmującej także opony.

Znaczenie przyczynowe urazu dla powstawania nieropnego zapalenia mózgu, jest jeszcze przez naukę pod wielu względami niewyjaśnione. Liczne badania doświadczalne neurologów stwierdzają bez wątpliwości, że takie zapalenie mózgu może powstawać skutkiem urazu i to skutkiem zwykłej kontuzji głowy. Z drugiej strony wiemy, jak często wywiady rodzinne w przypadku pewnego nawet zakażenia, przynoszą lekarzowi niepotrzebnie niezawsze ścisłe wskazówki o rzekomym urazie. Co do etjologji naszego przypadku, musimy zaznaczyć, że w miesiącu lipcu i sierpniu, na niewielkim oddziale wewnętrznym naszego szpitala, mieliśmy sposobność obserwować równocześnie aż cztery przypadki zapalenia mózgu u dzieci, które we wszystkich razach przebiegały łagodnie i które, jakkolwiek niepotwierdzone pozytywnym wynikiem bakterjologicznym, niewątpliwie odpowiadały jakiejś zakaźnej postaci zapalenia mózgu. Z tego powodu, jakkolwiek obraz chorobowy opisanego tu przypadku charakteryzował się przedewszystkiem szczególnemi zaburzeniami ruchowemi, to jednak mieliśmy prawo samą chorobę ująć w związek korelacji z panującym chwilowo *genius epidemicus*. Niemniej mamy prawo przypuścić, że uraz głowy, jaki według zgodnych wywiadów obojga rodziców miał mieć miejsce u dziecka, mógł mieć znaczenie jako *punctum minoris resistentiae* i ułatwić przez to osiedlenie się zarazków chorobotwórczych — tak, jak o tem pouczają doświadczenia Ehrenroot'a.

**Piśmiennictwo:**

Orzechowski, Goździewski. Lwowski Tyg. Lek. Nr. 17. XXXVIII. pos. nauk. z dn. 19. XII. Tow. Lek. Lwów. — Flatau i Wł. Sterling. Neurologja polska. T. I. z. V. 1911. — Goldflam. Neurol. Centralbl. 1892. — Zylberlast-Zandowa. Lekarz wojsk. Nr. 20. 1921. — Scharncke. Archiv. f. Psych. 1922. 65 Bd. 1—3 H. — F. Moritz. Die Krankheiten der periph. Nerven, des Rückenmarkes u. d. Gehirns. Lehrb. d. in. Medizin. — J. Mering. Oppenheim. Lehrb. d. Nervenkrankheiten. Berlin. 1913.

---

Dr. MUSIAŁ Albin.

## Wągr w ciele szklistem w przypadku rozsianej wągrowatości całego ustroju, zwłaszcza mózgu z obustronną tarczą zastoinową i połowiczem widzeniem *).

Z kliniki Okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: prof. Dr. Bednarski.

Dnia 2. IV. 1925 r. przyjęto na klinikę okulistyczną chorą A. R. lat 25, rel. rz. kat., żonę rolnika, z powiatu Skałackiego. Z wywiadów dowiadujemy się, że chora od kilku miesięcy cierpi na gwałtowne bóle głowy, które występują u niej co kilka dni. W czasie napadów chora jest zamroczona, prawie nieprzytomna, pozostaje bez ruchu, w przerwach między napadami chora czuje się zupełnie dobrze. Przez cały czas swej choroby widziała dobrze, dopiero od pięciu dni przed przybyciem na klinikę zaniewidziała na oba oczy.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Ruchomość oka prawego nieznacznie upośledzona w zakresie mięśnia odwodzącego. Źrenice szerokie, lewa nieco szersza, na światło tak bezpośrednio jak i współczulnie nie oddziaływują, oddziaływują natomiast przy zbieżności.

Badanie wziernikiem: Oko prawe: Tarcza nerwu wzrokowego przekrwiona i obrzękła, o granicach zatartych, naczynia żylne grube, pokręcone, łukowato zaginają się na obrzękłej tarczy nerwu wzrokowego. Na samej tarczy, jak i w okolicy stwierdza się wypocinę szaro-białą, przykrywającą naczynia. Na wewnątrz i ku górze od tarczy nerwu wzrokowego stwierdza się owalny pęcherz w ciałku szklistem, wielkości 5—6 tarcz. Pęcherz napięty, o brzegach ostro odgraniczonych, zabarwieniu biało-lazurowem, na obwodzie nieco opalizującem. Na równiku we wnętrzu pęcherza w części jego górnej widać miejsce ograniczone biało-żółte, tworzące jak gdyby jądro owego pęcherza, odcinające się wyraźnie w pęcherzu. Od miejsca tego występuje nieznaczna wypustka na zewnątrz pęcherza. Cały pęcherz zdaje się być w połączeniu z siatkówką, swą ścianą tylną zwróconą do niej. Siatkówka sama w okolicy pęcherza jak w okolicy tarczy nerwu wzrokowego wykazuje objawy zapalne. Ciałko szkliste oka pr. nieznacznie zmętniałe.

Oko lewe: Tarcza nerwu wzrokowego przekrwiona i obrzękła o granicach zatartych. Naczynia żylne przekrwione i pokręcone. Na tarczy nerwu wzrokowego, jak i w otoczeniu liczne, drobne wybroczyny. Naczynia tętnicze prawidłowe.

Bystrość oka pr. w chwili przyjęcia: ruchy ręki przed okiem tylko po stronie skroniowej. — Oka lewego: palce tuż przed okiem również po stronie skroniowej. Dnia następnego V. pr. 5/20 szkła nie p. Czyta J. Nr. 8. V. 1. 5/30. szkła nie p. czyta z trudnością.

Pole widzenia dośrodkowego znacznie zwężone i tylko po stronie skroniowej na obu oczach utrzymane. Barwy zupełnie dobrze rozpoznaje.

---

*) Preparat gałki ocznej i mózgu przedstawiony na posiedzeniu Lw. T. L. dnia 31. X. 1925.

Badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna ujemne.

Skład krwi: Ciałek czerwonych 5 mil. 500 tys. Ciałek białych 2 tys. 500, eozynochłonnych 9%, zasadochłonnych 0%, obojętnochłonnych 53%, limf. 31%, przejściow. 7%.

Badanie neurologiczne na oddziale W. III. Szpitala powszechnego prym. Dr. Domaszewicz.

Chora wzrostu średniego, dobrze odżywiona. Czaszka umiarowa, na opukiwanie nigdzie niebolesna. Nieznaczna sztywność karku. Źrenice szerokie. W zakresie nerwów mózgowych można stwierdzić niedowład mięśnia odwodzącego oka prawego, niedowład prawej gałązki ustnej nerwu twarzowego, oraz gorsze unerwienie prawego łuku podniebiennego.; głos matowy, mowa monotonna, nosowa.



K. g. prawa okazuje nieznaczne zmniejszenie siły ruchowej w porównaniu do lewej i wyraźną hipertonię oraz podwyższenie odruchów okostnowo-ścięgnistych. Odruchy brzuszne po prawej mniej żywe niż po lewej.



K. D. Siła ruchowa mniejsza po prawej niż po lewej, tamże wyraźna hipertonja. Odruchy kolanowe i Achillesa żywsze po stronie prawej. Objaw Babińskiego wyraźny po prawej.

Czucie powierzchowne i głębokie w całym ustroju bez zmian. Chód na szerokiej podstawie o charakterze móżdżkowym. Przy próbie Romberga chora mocno się chwieje i pada ku przodowi na stronę prawą.

Chorej wykonano sztuczną odmę czaszkową, jednakowoż z powodu prawdopodobnie niedrożności aquaeductus Sylvii, powietrza na zdjęciu nie wykazano w zakresie komór. Wypuszczono jedynie około 40 cm. płynu mózgo-rdzeniowego.

Badanie płynu mózgo-rdzeniowego:
Ciśnienie więcej niż średnie.
Barwa: wodojasna.
Wygląd przeźroczysty.
Włóknik: nieobecny.
Krew: Nieliczne ciałka.
Ciałka białe 38/3 dużych i małych limf. 4/3 leukocytów.
Pandy: ++.
Ross Jonnes: + po 30 sekundach.
Nonne Apelt: zmętnienie.
Veichbrodt: silniejszy.
Globuliny: 1:25.
Białko całkowite: 0.10%.
Odczyn złota: } krótka krzywa paralysis progresiva.
„ mastix.: }
Odczyn Wassermanna w płynie: ujemny.

Obraz wziernikowy w naszym przypadku był tak charakterystyczny, że na pierwszy rzut oka można było postawić rozpoznanie wągra w ciałku szklistem, mimo braku początkowo ruchów główki.

*Cysticercus celulosae* tworzy pęcherzyk niebieskawo przeświecający kształtu owalnego. Wymiar podłużny wynosi od 6—20 mil., poprzeczny 5—10 mil. Wymiar podłużny w kierunku włókien mięśniowych. W środku równika znajduje się białe nieprzeźroczyste jądro, wgłębiona szyjka i główka. Najczęściej sadowi się w tkance łącznej między mięśniami prążkowanemi u świni zwykle otoczony osłonką tkanko-łączną, powstałą wskutek drażnienia w miejscu usadowienia się w ustroju. Najczęściej sadowi się u świni, na grzbiecie, udach i języku. W jamach wyścielonych błoną surowiczą, może być zupełnie wolny. (bez osłonki). Nadto spotkać go można pod skórą, w mózgu, rdzeniu kręgowym, w oku, wątrobie, śledzionie, płucach, nerkach w sercu, a nawet gruczołach chłonnych. Obok świni znachodzi się u świń dzikich, owcy, sarny, psa, kota, szczura, niedźwiedzia, małpy i u człowieka. U człowieka znachodzi się przy istnieniu *Taenia sol.* w przewodzie pokarmowym. Wówczas przy ruchach antiperistaltycznych dostaje się jeden z członów do żołądka, tu ulega strawieniu, a jajka dostają się przez ścianę żołądka do krwiobiegu, albo też co więcej jest prawdopodobnem jajka wprost jamą ustną dostają się do żołądka z pokarmem. U zwierząt mogą występować w tak wielkiej ilości, że powodują zanik mięśni. Mogą ulegać wreszcie zwyrodnieniu, zserowaceniu i zwapnieniu.

Co do wzrostu, to wedle Leukarta po 8-miu dniach pęcherzyki dosięgają 0'03 mil., jednak stanowią jeszcze twory zbite, bez światła wewnątrz. Po 36 dniach 1—3 mil. długie i już z zawiązkiem główki. W drugim miesiącu wytwarzają się smoczki i haczyki. Po 2½ miesiącach rozwój zupełny.

*Cisticercus* o ile dostanie się do krwiobiegu może usadowić się w każdej części oka. Już w r. 1806 Nedan opisał go w oczodole, Sömmering w r. 1830 w przedniej komorze oka u człowieka, 1888 Baun pod spojówką oka, Süchel w powiekach (1846). W r. 1854 Graeffe w ciałku szklistem i poza siatkówką. Wągr powiek tworzy mały elastyczny bezbolesny guz o powierzchni gładkiej, bez objawów chełbotania, nie zrośnięty ani ze skórą, ani z częściami głębszemi, wielkości soczewicy lub orzecha. W spojówce tworzy pęcherzyk okrągły lub owalny, z odcieniem żółtym pośrodku, w przeciągu kilku tygodni znacznie się powiększa. Na twardówce najczęściej sadowi się w kąciku wewnętrznym gałki. W komorze przedniej pojawia się najczęściej bez otoczki (nagi) łatwo go poznać po wyglądzie zewnętrznym i po ruchach. Może wypełnić rozrastając się całą komorę oka i powodować utratę wzroku. Tutaj można go pomieszać z wysiękiem do komory. O ile usuniemy go z komory wcześnie drogą operacyjną, udaje się wzrok uratować. Cięcie rogówkowe musi być dość duże, aby sam mógł łatwo się wydostać na zewnątrz, gdyż ani pensetą ani haczykami jego delikatnej budowy nie uchwycimy. Może się usadowić tuż pod soczewką z tyłu lub nawet w samej soczewce. Na dnie oka sadowi się najczęściej poza siatkówką, po jej przebiciu dostaje się do ciałka szklistego. Pierwszym objawem usadowienia się w siatkówce jest nagłe upośledzenie widzenia. Początkowo widzimy wziernikiem w siatkówce biało-niebieską plamę, większą od tarczy nerwu wzrokowego stopniowo powiększającą się w swoich wymiarach, przybierającą postać pęcherzyka, którego ściany na obwodzie nieco opalizują. Często wykazać można ruchy. Może zmieniać miejsce, wędrować po oku, pozostawiając za sobą ślad owej wędrówki w postaci smugi. Powiększając się może, powodować znaczne odklejenie siatkówki. W ciałku szklistem początkowo dobrze widoczny, z rozrostem zasłania go otaczająca go delikatna otoczka i męty. Usadowiony w plamce żółtej, może naśladować początkowo zator tętnicy środkowej siatkówki. Przypadki wągra w oczodole zdarzają się rzadziej niż śródgałkowe, chociaż i tutaj niezbyt często się znachodzą. O ile się zdarzają to najczęściej w ciałku szklistem, drugie miejsce stanowi siatkówka, także spojówka. Najrzadziej zdarza się w soczewce. Przypadek wągra w so-

czewce opisał Graeffe w r. 1866 początkowo ze znakiem zapytania. Możliwość istnienia wągra w soczewce wykazały dalsze spostrzeżenia Surowa w r. 1902 i Matusowskiego w r. 1903. Objawy jakie występują po usadowieniu się w oku oprócz upośledzenia nagłego wzroku, często widzenie czarnych punktów w polu widzenia. Chory Haltenhoffa zegarmistrz 38-letni zgłosił się z rysunkiem dokładnym przez siebie narysowanym, który odpowiadał dokładnie obrazowi wziernikowemu wągra w oku. Dostawszy się raz do oka wzrasta, aż do pełnego rozwoju, o ile wcześniej nie ulegnie obumarciu, działa przytem jako ciało obce, powodując zmiany zapalne zwłaszcza w siatkówce i naczyniówce, zmiany wysiękowe o charakterze zapalnym. Zmiany w siatkówce i naczyniówce nie są wynikiem działania toksycznego, co potwierdzają badania histologiczne Oblatha z Triestu w r. 1907. Stan zapalny w oku jest następstwem działania drażniącego pasorzyta, a nie drobnoustrojów, gdyż zapalenie musiałoby wystąpić natychmiast z chwilą wtargnięcia drobnoustrojów z przewodu pokarmowego wraz z pasorzytem.

W wędrówce z przewodu pokarmowego do oka zostaje niejako pozbawiony drobnoustrojów z przewodu pokarmowego. Wedle Lebera o ile występuje później zapalenie to tylko dlatego, że wskutek drażniącego działania, jakie ten pasorzyt w oku powoduje, oko stanowi *locus minoris resistentiae* dla usadowienia się następowo drobnoustrojów, które się tutaj z prądem krwi dostały, a które w zwykłych warunkach się tutaj nie sadowią. Twierdzenie swe popiera doświadczalnie, wkładając danego pasorzyta po wyjęciu z oka na pożywkę, ta pozostawała jałową. Jeśli to samo powtarzał po późnej infekcji w oku, okazywała się niejałową. Usadowiony w osłonkach rdzeniowych lub mózgu, może dawać objawy podobne do tych, jakie dają guzy mózgowe, podobnie jak to miało miejsce w naszym przypadku. Henneberg opisał przypadek 28-letniego mężczyzny, który od 3½ lat cierpiał na ból głowy, nagle wystąpiła ślepota, w następstwie zapalenia nerwów wzrokowych, głuchota, napady epileptyczne, brak odruchów ścięgnistych, przykurcze rąk i nóg; przy obdukcji znaleziono zapalenie opon mózgordzeniowych, a w wybujałościach jak i w zgrubiałych osłonkach resztki bezkształtnych mas wągra. W r. 1909 Jakoby asystent kliniki okulistycznej we Wrocławiu opisał dwa przypadki wągra mózgu z tarczą zastoinową wielkiego stopnia. Pole widzenia początkowo prawidłowe, zaczęło się ścieśniać współśrodkowo w miarę pogarszania bystrości wzroku. (Rozpoznanie sekcyjne.).

Co do częstości występowania wągra w oku to wedle Graeffego w Niemczech zdarza się 1:1000 chorych ocznych, w Rosji 1:100.000 (Ziemiński). K. W. Lepnin z kliniki okulistycznej w Charkowie podaje w r. 1901 — 1:60.000 chorych ambulatoryjnych. Następny przypadek zdarzył się dopiero w r. 1907. We Włoszech zdarza się bardzo rzadko (Rampoldi) również na Węgrzech (Csapodi). W Polsce pierwszy przypadek obserwowany w r. 1865 przez Jodko-Narkiewicza. Talko do r. 1900 zebrał 48 przypadków w Polsce, w tem dwa przypadki podwójne w oku. Z tych 14 podspojówkowych, 2 w oczodole, 2 w komorze przedniej, w ciałku szklistem 17, podsiatkówkowo 13. Większa ilość u kobiet (33) niż u mężczyzn (14). U żydów 11. u katolików 34, w trzech przypadkach wyznania nie podano. Na klinice naszej od r. 1911 jest to pierwszy przypadek, a więc 1:100.000 chorych ambulatoryjnych.

Od początku istnienia kliniki, a więc od roku 1898 jest to piąty przypadek wągra. Cztery poprzednie omówione przez prof. Macheka w r. 1910 na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Z tych trzy usadowione na spojówce gałkowej, czwarty dotyczył oczodołu wywołując porażenie mięśni oka.

Obserwacja naszej chorej w klinice, w zupełności pokrywała się z objawami, jakie chora i otoczenie chorej podawało. Co parę dni występowały gwałtowne bóle głowy, w czasie których chora leżała na wznak, prawie nieprzytomna, przyczem można było stwierdzić znaczną sztywność karku, tętno znacznie zwolnione wynosiło od 40—50 uderzeń na minutę. W przerwach między napadami chora czuła się wcale dobrze, tak iż można ją było spokojnie badać. Nieznaczne ruchy główki wągra, można było widzieć w drugim tygodniu od chwili przyjęcia chorej na klinikę. — Natomiast z całą dokładnością tak samą budowę główki i szyjki, jakoteż i ruchy mogliśmy oglądać dnia 29. IV wieczorem. Widok wziernikowy wprost wspaniały. Ruchy te polegały nietylko na wysuwaniu główki, ale główka wykonywała ustawiczne zwroty, jużto ku przodowi w kierunku ciałka szklistego, już to ku tyłowi w stronę siatkówki, nadto na boki kładąc się na ścianę pęcherza. Na główce widoczne wyraźnie we wzierniku smoczki. Główka wraz z szyjką długości 1½-rej tarczy nerwu wzrokowego. Na szyjce wyraźnie zaznaczone wcięcia (karbowanie). Następnego dnia chora nieprzytomna przez cały dzień. Rano dnia 1. V. wstała i czuła się zupełnie dobrze, prosiła nawet o wypisanie z kliniki chcąc wracać do domu. W chwilę później nastąpił nagle zgon.

Rozpoznanie kliniczne przesłane do Zakładu anatomji Patologicznej opiewało: *Cisticercus corporis vitrei oculi dextri et disseminatus cerebri. Oedema papillae nervi optici in atrophiam vertens oculi utriusque-hemianopsia nasalis.*

Protokół badania sekcyjnego L. 366. 2. V. 1925. Prosektor: Dr. Schusterówna.

Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne.

*Cisticerci disseminati meningum et cerebri, musculi, cordis et muscul. pectoralium. Oedema meningum et cerebri. Hyperaemia et oedema pulmonum. Hyperplasia apparatus lymphatici totius. Thymus persistens.*

*Status thymico-lymphaticus.*

Obraz badania sekcyjnego: W mięśniach klatki piersiowej, jakoteż w mięśniu prostym brzucha, stwierdza się dość liczne wągry.

Opona twarda: przekrwiona, napięta.

Zatoki żylne: Obfita krew płynna.

Opony miękkie: przekrwione, nieco obrzękłe, pod oponami w zakresie całego mózgu widać liczne pęcherzyki wypełnione jasną cieczą z widoczną wewnątrz żółtą plamką, wielkości ziarna prosa aż do małego grochu, zupełnie charakterystyczne wągry. Dla zachowania preparatu, mózgu nie przecinano w całości, tylko zbadano komory boczne III. *aquaeductus Sylvii* i komorę IV., w których zmian nie wykazano.

Wzgórki wzrokowe rozcięto po obu stronach: znaleziono w nich liczne duże wągry, szczególnie w dolnych częściach ułożone. Również znaleziono wągry w substancji szarej kory w okolicy ośrodków ruchowych, jeden w móżdżku w półkuli prawej, następnie na podstawie mózgu w okolicy skrzyżowania nerwów ocznych.

Grasica niezanikła, dość dobrze zachowana wśród tkanki tłuszczowej.

Osierdzie gładkie, lśniące, w zakresie komory lewej z tyłu widać jednego wągra wielkości główki od szpilki.

Mięsień ścienny i brodawkowy blady, dość kruchy, wśród mięśni szczególnie beleczkowych komory lewej stwierdza się kilka wągrów.

Aparat limfatyczny wszędzie przerosły. Stan grasiczno-limfatyczny.

W przewodzie pokarmowym *Taenia solium* nie wykazano.

Gałkę oczną wyłuszczono w 4 godziny po śmierci i utrwalono. Po utrwaleniu przecięto cięciem równoległem do tęczówki poza soczewką, dla uzyskania preparatu anatomicznego. Po przecięciu i rozchyleniu połówek można było zauważyć wągra umiejscowionego w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego nieco ku równikowi, połączonego ścianą tylną pęcherza z siatkówką, tak jak za życia przypuszczaliśmy. — Siatkówka wszędzie dobrze przylegająca do naczyniówki, nigdzie śladu odchylenia. W okolicy pęcherza jak i tarczy nerwu wzrokowego wypocina zapalna. Ciałko szkliste jak i wypocinę usunięto ostrożnie dla zupełnego uwidocznienia wągra.

Wymiary wągra w linji poziomej 5, tak samo w pionowej.

Rozpatrzmy teraz pokrótce objawy jakie u naszej chorej istniały za życia, na podstawie badań sekcyjnych. Po otwarciu czaszki stwierdziliśmy znaczne napięcie i przekrwienie opon mózgowych, przekrwienie mózgu, następstwem czego musiało być podniesienie ciśnienia śródczaszkowego, zwłaszcza, że opony na całej powierzchni mózgu usiane były wągrami tak, że możnaby mówić o *meningitis cysticercosa*, a to wszystko razem musiało powodować objawy mózgowe, czego wyrazem znaczne bole głowy, sztywność karku, bradycardia, tarcza zastoinowa, rozszerzenie źrenic, które tak często spotykamy przy guzach mózgu, a które często jest wyrazem podwyższonego ucisku śródkomorowego zwłaszcza w komorze IV. Podwyższonym uciskiem śródkomorowym również możemy wytłumaczyć niemożność dostania się powietrza do komór przy sztucznej odmie czaszkowej, mimo, że aquaeductus Sylvii na sekcji

okazał się drożnym. Co do prawostronnego osłabienia kończyn, to przyczynę tegoż możemy odnieść do zmian w *thalamus opticus*, gdzie stwierdziła sekcja liczne i dość duże wągry, które mogły uciskać na *capsula interna*, ewentualnie do zmian w samych centrach ruchowych, gdzie znaleziono bardzo liczne duże wągry, zwłaszcza po lewej stronie półkuli mózgowej. Niedowład mięśnia odwodzącego oka prawego wywołany uciskiem na nerw VI, na podstawie czaszki, przy przejściu przez oponę. Co do objawów móżdżkowych, objawu Romberga, padania na stronę prawą, te wytłumaczone są zmianami w prawej półkuli móżdżku. Wągr znaleziony na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych dawałby objawy *hemianopsia temporalis*. W naszym przypadku istniała *binasalis*, jednak w kąciku zewnętrznym po stronie lewej znaleziono wągra, który uciskał na nerw wzrokowy, powodując nawet ścieńczenie w tem miejscu: prawdopodobnie musiał istnieć i po stronie drugiej, który jednak przeoczono przy sekcji. — Wągry znalezione na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych jak i po stronie zewnętrznej tłumaczą nam objawy, jakie istniały za życia u chorej, a mianowicie: chora czasem zupełnie nie widziała, albo widziała tylko połowiczo, co zwykle u chorej przeważało.

Co do leczenia wągra śródgałkowego to pozostaje ono tylko operacyjne. Wprawdzie L. Dor w r. 1909 usuwa wągra podsiatkówkowego zapomocą elektrolizy; po jednorazowem przepuszczeniu prądu stałego o sile 5-ciu miliamperów w ciągu 5-ciu minut pęcherz zmarszczył się i zwinął do tego stopnia, że oderwana siatkówka przykleiła się z powrotem na całej przestrzeni, a jako ślad pozostała niewielka tylko plamka. Dalsze jednak doświadczenia między innymi i Wicherkiewicza nie potwierdziły tego leczniczego działania prądu. Nadto Dianoux w r. 1910 podaje przypadek wyleczony wewnętrznie zapomocą *Extr. fil. mar. aether.* podając dziennie 3—4 kapsułki po 0.5 gr. w ciągu 71 dni z częstemi przerwami. Sposoby te niepewne, najczęściej zawodzą. Nadto pozostaje możliwość, że obumarły wągr w dalszym ciągu jako ciało obce będzie działał szkodliwie w oku. Z przeglądu przypadków w piśmiennictwie wynika, że jedynem racjonalnem postępowaniem przy wągrze śródgałkowym pozostaje zabieg operacyjny. Zabieg ten powinno się wykonywać dość wcześnie, po poprzedniem najdokładniejszem umiejscowieniu usadowienia się wągra. Operuje się zwykle cięciem południkowem i dość dużem, dochodzącem do 8 mil. długości. Najłatwiej dostępne dla operacji są wągry usadowione podsiatkówkowo, daleko trudniej usadowione w ciałku szklistem.

Co do naszego przypadku to o zabiegu operacyjnym nie mogło być mowy, ze względu na ciężkie objawy mózgowe. Objawy mózgowe jak i cały obraz badania neurologicznego przemawiał za istnieniem guza mózgowego, z głównemi zmianami w móżdżku. Rozpoznanie więc kliniczne oparte było tylko na stwierdzeniu wągra w oku.

**Piśmiennictwo:**

1) Horner Ref. Nagel. 1871. — 2) Kośmiński. Medycyna I. 12. — 3) Szmid. Ref. Nagel. 1873. — 4) Hock. Mittheil. d. ärztl. Vereins zu Wien Bd. III. Nr. 6. p. 93. — 5) Hirschler. Szemeszel. Nr. 3. Ref. H. — 6) Derby. Nagel. 1874. Str. 293. — 7) Reynolds. Ref. H. Lerby Nagel. 1874. St. 339. — 8) Poncet. Gaz. medicale de Paris. Nr. 10. Ref. Nagel. 1874. St. 465. — 9) Berger. A. M. Klin. Monatsbl. f. Augheille. XV. S. 257. — 10) Fuchs E. Klinik. v. Artt. in Wien. — 11) Kries. Mitteilungen aus der Augenklinik zu Halle v. Graefes Asch. f. Opth. XXIV. S. 148. — 12) Narkiewicz-Jodko. Gazeta Lekarska. 1877. — 13) Szumann. Gesellsch. f. Natur und Heilk. zu Dresden. Sitzung vom 20. III. 1878. — 14) Pollak J. Wien med. Presse St. 1480. — 15) Eliasberg. J. S. Inaug. Diss. Berlin. — 16) Graeffe Alf. v. Graeffes Arch. f. Opth. XXIV. S. 209. — 17) Vogler. Arch. f. Augenheille. IX. S. 27. — 18) Przybylski. Gazeta Lekarska. 1880. 19) Csapodi. Pest. med. chir. Presse p. 865. 1884. r. — 20) Graeffe A. v. Graeffe v. Arch. f. Ophth. XXXI. S. 33. — 21) Graeffe Alfred. Kl. Monatsbl. f. Augenheils. September. 1892. — 22) Kuhnt. Arch. f. Augenheil. XXIV. p. 205. — 23) Graeffe Alfred. Kl. Monatsbl. f. Augenheil. S. 267. — 24) Talko J. Nowiny Lekarskie. Nr. 5. — 25) Tegens. Kl. Monatsbl. f. Augenheil. S. 434. — 26) Swarz. Münch. med. Wochenschr. S. 1580. 1900. r. 27) Talko J. Cysticercus oka w Polsce. Postęp okulistyczny Nr. 12. — 28) Wadzyński. Cysticercus oka podsiatkówkowy. Postęp okulistyczny. Nr. 8—9. Nr. 12. — 29) Machek. Lwowski Tygodnik lekarski. 1910. Str. 281.

---

Dr. Karol TOKARSKI. Warszawa.

## Przypadek symetrycznej gangreny skóry ramion.

Ze szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie, z oddziału Dr. med. B. Jakimiaka.

W dn. 12. czerwca 1925 r. przywieziono do szpitala. W. O., lat 32, żonę robotnika. Średniego wzrostu, silnej budowy, dobrego odżywienia, zawsze była zdrowa. Cztery porody prawidłowe, obecnie karmi 5-ty miesiąc, miesiączki dotąd nie miała. Przed tygodniem doznała nagle silnych bólów w brzuchu i wymiotów. Bole były przeważnie w prawem podżebrzu, wymioty powtarzały się, gorączkowała. Ze strony narządów klatki piersiowej nic szczególnego. Tętno 120 — miarowe, średniego napięcia. Wątroba na dwa palce poniżej łuku żebrowego, twarda, bolesna; pęcherzyk wyczuwalny, bolesny, bardzo bolesna okolica pod pęcherzykiem. Inne okolice jamy brzusznej niebolesne. Język wilgotny, obłożony. Żółtaczkowe zabarwienie białkówek. Zaparcie stolca.

Rozpoznano zapalenie przewodów żółciowych. 14. VI. Nie uskarża się na bole w okolicy wątroby, natomiast uskarża się na silne bole w kończynach górnych. Na powierzchniach zewn. obydwóch ramion symetryczne sine podbiegnięcia: na prawej kończynie 8x16 cm, a na lewej 4x8 cm. Kilka podobnych sinych podbiegnięć w okolicy lewego stawu ramieniowego i w okolicy rękojeści mostka. 15. VI. — 17. VI. W miejscach wylewów na ramionach zjawiają się pęcherzyki wielkości łebka szpilki wypełnione surowiczym płynem. W okolicy mostka podbiegnięcia giną. Herpes labialis. Pęcherzyk żółciowy słabo wyczuwalny, bolesny. 18. VI. — 20. VI. Zaznacza się charakterystyczna linja demarkacyjna: gdy podbiegnięcia przyjmują charakter czarnych, martwicowych, suchych strupów, to wokoło tych strupów widoczna i wyczuwalna jest linja wypukła, koloru drzewa mahoniowego, grubości w przekroju 2 mm. Przytomność znacznie zamroczona, na pytania nie odpowiada, ciężko oddycha i robi wrażenie głębokiego tyfusowego zamro-



Ryc. 1.

czenia. Tętno — 100, drobne, miarowe. 21. VI. Przytomniejsza. Skarży się na ból gardła. Obrzęk migdałków, szare naloty na nich. Badanie mikrosk. wykazuje angina Vincenti. Bole ramion zginęły. 22. VI. — 25. VI. Diazoreakcja ujemna; próby Widala na tyfus brzuszny, paratyfusy A i B ujemne. 26. VI. Na ramieniu prawem martwica skóry właściwej i tkanki podskórnej sięga głęboko, obfite ropienie. (Rys. 1.). Na ramieniu lewem sprawa ulega gojeniu się pod strupem, na sucho. (Rys. 2.). Załączona fotografja prawej kończyny górnej nie przedstawia obrazu dość wypukle, gdyż w chwili zdejmowania opatrunku dla dokonania fotografji, prawie cała obumarła czarna tkanka oddzieliła się i pozostała na opatrunku. Badanie oscillometrem Pachona nie dało ścisłych liczb, gdyż badanie było dla chorej bolesne, należało opaskę gumową nakładać na warstwę

gazy i chora nie siedziała spokojnie. W każdym razie badanie wykazało ciśnienie niskie i różnicę pomiędzy nx i mn małą. 29. VI. Posiewy krwi pozostały jałowe. 4. VII. Furunculus nasi. 14. VII. Na



Ryc. 2.

miejscu małych podbiegnięć krwawych na rękojeści mostka i na linji stawowej ramienia lewego widoczne białe gładkie blizny. 15. VII. Chora opuszcza szpital zdrowa, o własnych siłach z okolicą wątroby niebolesną i w granicach normalnych, z opatrunkiem jeszcze ropiejącego prawego ramienia i już ze zbliznowaceniem skóry lewego ramienia.

Chora W. O. w przeciągu czterech tygodni prawie jednocześnie przebyła ostre, gorączkowe, cierpienie wątroby, angina Vincenti i symetryczną gangrenę obydwóch ramion. Należy sobie zadać pytanie, czy powyższe cierpienia stoją w przyczynowym związku i w jakim? Odpowiedzieć na to pytanie według ścisłych klinicznych metod badania nie można; sądzę jednak, że można się pokusić o klinicznie rozumowane objaśnienie.

Symetryczna gangrena przez swą symetrję świadczy o sprawie ośrodkowej i powstała na drodze naczynioruchowej, współczulnej, zwężającej naczynia. System nerwu współczulnego być może już od urodzenia mniej odporny został pobudzony, podrażniony albo bezpośrednio przez nieznane nam bliżej jady gorączkowe, albo też pośrednio na drodze przełomu hemoklastycznego. Souques i Réné Moreau zauważyli, że w chorobie Rayneauda przełom hemoklastyczny poprzedza obwodowy skurcz naczyniowy, jako przyczynę całego zespołu objawów gangreny. Pod nazwą przełomu hemoklastycznego rozumieć należy według Widala swoiste zachowanie się ustroju, dotkniętego niedomogą wątrobową po wprowadzeniu do żołądka na czczo 200 gr — 300 gr mleka. W ciągu 20 minut do $1^1/_2$ godziny następuje we krwi obwodowej spadek liczby leukocytów mniej lub więcej wybitny, zamiast jak to bywa normalnie wzrost tej liczby, ciśnienie tętnicze obniża się, gdy normalnie wzrasta lub nie zmienia się, krzepliwość krwi wzrasta. Przełom hemoklastyczny zauważono i w wielu innych przypadkach i zaburzeniach. I w naszym przypadku poprzedzające cierpienie wątroby mogło przygotować podłoże na którem następczo jady lub angina Vincenti zadziałała na ośrodki nerwu współczulnego, wywołując na ramionach, zamartwiczy skurcz naczyń.

---

## Oceny i sprawozdania.

L. Poncet. **Vaccination Obligatoire ou Vaccination Facultative contre les Maladies Typhoides et contre le Choléra dans vingt-huit pays d'Europe.** Lyon. 1925. Cena 10 franków franc. (Essai d'enquête internationale par l'Esperanto).

Bardzo oryginalna, obszerna, a nader cenna i pożyteczna lyońska teza doktorska, w formacie dużej ósemki, o 196-ciu stronicach.

Autor urządził zapomocą języka Esperanto międzynarodową ankietę naukowo-lekarską na temat obowiązkowego lub warunkowego, fakultatywnego szczepienia ochronnego przeciw gorączkom tyfoidalnym i cholerze, i rozpatruje w języku francuskim wyniki szczegółowe tej ankiety, operując bardzo poważnemi źródłowemi wiadomościami i datami. Wyróżnia on kraje, w których szczepienie ochronne przeciwtyfusowe nigdy nie było i obecnie nie jest obowiązkowem, jak: Albanja, Danja, Gdańsk, Estonja, Norwegja, Niderlandy, Portugalja, Szwecja, Szwajcarja. Dalej są kraje, w których szczepienie takie, aczkolwiek nieobowiązkowe, znalazło szerokie zastosowanie, jak: Wielka Brytanja i Irlandja. Następnie idą kraje, w których to szczepienie było lub jest obowiązkowe, a to przeważnie w armji lub w czasie wojny albo podczas epidemji. Do tych należą: Niemcy, Austrja, Belgja, Bułgarja, Hiszpanja, Finlandja, Grecja, Węgry, Włochy, Łotwa, Litwa, Polska, Rumunja, Jugosławia, Czechosłowacja i Rosja Sowiecka. W końcu przedstawia w osobnym rozdziale stosunki we Francji, oraz postulaty dla dalszego obniżenia liczby scho rzeń i śmiertelności. Każdy rozdział zawiera cyfry i daty, dające obraz ważności i stosunek procentowy omawianych chorób w danych krajach, przyczem przedstawione są szczegółowo odnośne ustawy, dekrety, okólniki i regulaminy, oraz o ile możności także porównawcze zestawienia wyników szczepienia. Poza tem jeden rozdział osobny poświęcony jest rozpatrywaniu praktycznej wartości Esperanta dla medycyny i przytoczone są korzystne opinje w tym kierunku pierwszorzędnych współczesnych powag i autorytetów francuskich, n. p. między innymi prof. C. Richeta, Courmonta, Vanvertsa, Pick'a, Bazy'ego, Lumiere'a, Roux'a i innych. Przy pomocy Esperanta udało się autorowi uzyskać dokładne wiadomości z 28 krajów, podczas gdy analogiczna ankieta, urządzona przed dwoma laty przez zasobny w środki i autorytatywny Międzynarodowy Urząd Zdrowia publicznego, uzyskała tylko wiadomości z 15-tu krajów. Z powyższych powodów, oraz dla swej wysokiej wartości naukowej, praca Dra Ponceta jest podstawową i źródłową, czyli jak się wyraził prof. Rochaix, »stanowić będzie *vade mecum* wszystkich higjenistów«.

*Dr. M. Blassberg* (Kraków).

Kment. **W sprawie gruźliczego zapalenia opon ze szczególnem uwzględnieniem jego genezy.** (Tuberkulose-Bibliothek Nr. 14. Lipsk 1924., nakł Bartha). Str. 54.

Na podstawie badań anatomo-patologicznych i bakterjologicznych w 34 przypadkach dochodzi Kment do następujących wniosków:

1) W ostrej gruźlicy ogólnej, szerzącej się drogą krwionośną, znajdują się gruzełki prosówkowe opon miękkich u dzieci w połowie przypadków, u dorosłych w jednej piątej części przypadków. 2) Histologicznie stwierdza się gruzełki w splotach naczyniowych komór w 59%, w oponach miękkich w 66,7%. — 3) Gruźlicze zapalenie opon nie jest sprawą współrzędną z gruźlicą prosówkową ogólną, lecz sprawą wtórnie od niej zależną. — 4) Gruźlicze zapalenie opon powstaje przeważnie wtórnie przez zakażenie cieczy podpajęczynówkowej od (wcześniej, drogą krwi zakażonych) splotów naczyniowych, rzadziej — przez zakażenie tej cieczy od gruzełków samejże opony. — 5) Gruźlica splotów naczyniowych jest prawie zawsze krwio-pochodna, wyjątkowo powstaje jako następstwo ognisk gruźliczych w mózgu. — 6) Typowe zapalenie gruźlicze opon, (przeważnie) usadowione na podstawie mózgu, łączy się zawsze z gruźlicą splotów naczyniowych lub jest od niej zależne. Inaczej usadowione zapalenia wychodzą z odosobnionych ognisk gruźliczych opony miękkiej, które powstają albo jako przerzut drogą krwi, albo przez posunięcie się na oponę

sprawy gruźliczej z mózgu lub opony twardej. — 7) W gruźliczych sprawach opon przeważa proces wysiękowy, gruzełki zaś z tworami olbrzymiemi zdarzają się tylko w niektórych przypadkach. — 8) Prątki gruźlicze znajdują się obficiej w ogniskach jednostajnie zserowaciałych. — 9) Odróżnienie gruźliczego zapalenia opon od gruźlicy prosówkowej mózgu jest najczęściej niemożliwe. — 10) Guzy serowate mózgu spotyka się w pierwszym roku życia przy gruźliczem zapaleniu opon często, w późniejszym wieku rzadziej.

Sedlmayer. **Badanie plwociny gruźliczej.** (Tuberkulose-Bibliothek Nr. 11. Lipsk. J. A. Barth). Str. 68.

W przejrzystej formie zestawia autor wszystkie nowoczesne najpraktyczniejsze sposoby badania plwociny gruźliczej.

*c.*

Detleff Neumann-Neurode. **Säugligs-Gymnastik.** Leipzig 1925. Nakł. Quelle&Mayer.

Żywienie oseska stanowi we współczesnej nauce o fizjologji i higjenie tego okresu życia tak nieproporcjonalnie wielki obszar, że wszelkie inne układy ustrojowe poza pokarmowym usunięte zostały naprawdę w cień. Odnosi się to równie do układu statycznego oseska, pomimo że rola jego, a w szczególności rola układu nerwowo-mięśniowego w patogenezie krzywicy, tej choroby społecznej, do niedawna zdawałoby się związanej wyłącznie z opaczną przemianą fizycznochemiczną kośćca, jest przecież podstawową. Założenie teoretyczne, że krzywica i inne zboczenia rozwojowe okresu niemowlęcego nie są wyłącznie schorzeniem kośćca lecz i układu mięśniowego — doznało praktycznego pogłębienia przez wprowadzenie w życie systemu gimnastyki dla osesków specjalnie pomyślanej. Zadaniem jej jest, przez wzmocnienie drogą ćwiczeń fizycznych układu mięśniowego oseska, zarówno zapobieganie rozwojowi krzywicy w wieku dla niej predysponowanym jak i leczenie cierpienia już rozwiniętego. Ponadto gimnastyka taka ma wpływ pobudzający na rozwój całego ustroju, czego nie można pominąć milczeniem. Do nowoczesnej terapji krzywicy posługującej się lampą kwarcową, dietetyką, dodawaniem witamin C i tranem rybim dołącza się jeszcze środek najracjonalniejszy i najdzielniejszy. Twórcą systemu jest Detleff Neumann-Neurode, major w służbie czynnej armji niemieckiej, b. nauczyciel wojskowego Instytutu gimnastycznego a obecnie kierownik Zakładu gimnastycznego dla niemowląt i dzieci w Berlinie. Klinicznie przebadał system Dr. Szapski asystent prof. Langsteina w Berlinie. W ten sposób utorowano gimnastyce drogę już w niemowlęctwie a więc tam gdzie jej zbawiennego wpływu jeszcze, nawet w kołach lekarzy, niedoceniano czy doceniać nie chciano.

Książeczka Neumann-Neuroda podaje najpierw ogólne zasady gimnastyki osesków a następnie w sposób zwięzły, zrozumiały dla ogółu matek, dla których jest ona przedewszystkiem przeznaczoną, technikę poszczególnych ćwiczeń w liczbie 14. Doskonałe ryciny objaśniają poszczególne ćwiczenia, zresztą bardzo proste. Ćwiczenia te, obejmujące kończyny, tułów, klatkę piersiową, kręgosłup i t. p. przeprowadza się codzień przez 5—10 minut.

Byłoby nader pożądanem by czytelnikowi polskiemu dano do rąk przekład polski dziełka, by szerszy ogół szczególnie matek, lekarzy, wychowawczyń zapoznał się z zasadami gimnastyki osesków, która, jak zdrowy rozum dyktuje jest jednym z kardynalnych postulatów higjeny dziecka we wczesnym jego okresie.

*Krajewski* (Katowice).

A. Hauer. **Das unreine Blut.** O. Thomalla. **Innere Sekretion.** (Aerzliche Beratung zur Ergaenzung der Sprechstunde Nr. 14. i 15.). Lipsk. 1925. C. Kabitzsch. Cena nie podana.

Broszura Hanera o 73 stronicach z 4 barwnemi tablicami, jest pracą popularną; nie za ciężka dla laików, ale nie tak popularna, aby jej medyk i lekarz z korzyścią dla siebie przeczytać nie mogli. Autor zajmuje się powszechnie przyjętem wyrażeniem popularnem o »nieczystej krwi« i daje właściwy obraz najrozmaitszych zmian krwi, opierając się na ścisłych danych i najnowszych zdobyczach z dziedziny fizjologji i patologji krwi. Sposób pisania zajmujący. Lektura pożyteczna zwłaszcza dla medyków i lekarzy, którzy pragną bez zagłębiania się w dociekania naukowe, nabrać w postaci krótkiego repetitorjum, wglądu w dzisiejszy stan fizjologji i kliniki hematologicznej.

Praca Thomalli o 107 stronicach z ilustracjami, przedstawia teorję hormonów i jej praktyczne, wielostronne znaczenie w nowoczesnej medycynie. Dość znaczna część poświęcona jest wydzielaniu wewnętrznemu gruczołów płciowych, oraz teorji i doświadczeniom Steinacha i argumentacji zwolenników i przeciwników tej teorji. Oparta jest wyłącznie na faktach naukowych, ujętych popularnie i w sposób zajmujący.

*Blassberg* (Kraków).

A. Haim. **Bakteriolyse.** Ósemka, stron 83. Nakład C. Kabitzsch. Lipsk 1925; stanowi zeszyt ósmy »Moderne Biologie« pod redakcją Mucha.

Autor w pierwszej części podaje współczesny pogląd na zjawisko d'Herelle'a; treści tej, jako rzeczy ogólnie znanej nie uwzględniam tutaj. W drugiej części omawia *b. cytoloticus.* Jest to bakterja należąca do grupy *mesentericus*, na którą zwrócił uwagę Much, z powodu jej własności rozpuszczania bakteryj i komórek zwierzęcych. Własności rozpuszczania nie są wyłącznie skierowane przeciw jednemu drobnoustrojowi, ale dotyczą różnorakich ustrojów nawet beztlenowców i bakteryj wytwarzających zarodniki. *B. cytoloticus* w przeciwieństwie do bakterjofaga rozpuszcza nietylko żywe ale i nieżywe drobnoustroje. Nietylko *b. cytoloticus*, ale i przesącz jego hodowli, ma własność rozpuszczania. Znaczenie przesączu niewielkie, ponieważ rozpuszczanie słabe — a lisyna w przeciwieństwie do bakterjofaga d'Herelle'a rozmnażać się nie da. Najważniejszą cechą litycznych własności *b. cytoloticus* — powtarza autor za Muchem — jest to, że hodowle rozpuszczone zachowują własności antigenów, czego dowodzą doświadczenia na zwierzętach i wstrzykiwanie doskórne u człowieka. Ze względu na te własności *b. cytoloticus* podjęto próby stosowania jego preparatów w leczeniu rozmaitych chorób. Próbę stosowania w lecznictwie preparatów *b. cytoloticus* uważa autor za coś zupełnie nowego, a to ze względu na mechanizm działania jaki przypisuje *b. cytoloticus.* Sam autor jednak podaje, że stosowanie preparatów *b. cytoloticus* w czerwonce, w durze, zakażeniu prątkiem okrężnicy, w gruźlicy, w sprawach na tle zakażenia gronkowcem, paciorkowcem, dwoinkami rzeżączkowemi i t. d. nie odpowiada przesłankom teoretycznym.

Streszczając swe uwagi o zjawiskach d'Herelle'a i Mucha, uważa jedno i drugie za odkrycia, które powinny wywrzeć wielki wpływ na nasze dotychczasowe zapatrywanie w zakresie pojęć biologicznych. Odkrycia powyższe dowodzą istnienia bardzo żywotnych sił w drobnoustrojach, z których to sił mogą wyższe organizmy odnosić korzyści.

*Kostrzewski*

## Przegląd piśmiennictwa.

### The Journal of the American Medical Association.

T. 84. 1925. Nr. 5.

George Fahr Minneapoldy. **Schorzenia serca w obrzęku śluzakowatym. (Myxoedema).** Opis przypadku obrzęku śluzatowatego u kobiety 46-letniej dotkniętej niewyrównaną wadą zastawki dwudzielnej, z obrzękami surowiczemi kończyn, wysiękiem w jamie brzusznej i t. d. Suchość skóry, wypadanie włosów, obrzęki zjawiły się jeszcze przed 11-tu laty. Leczenie naparstnicowe, wzgl. środkami nasercowemi — okazało się bezskuteczne. Dopiero podawanie gruczołu tarczykowego dało wynik wprost zdumiewający. Wymiary teleroentgenogramu z początku Ml = 11,0; Mr = 8,0; L = 17,0; wykazują po 12-dniowem podawaniu tarczycy: Ml = 10,6; Mr = 6,8; L = 15,7; dwa miesiące później Ml = 8,6; Mr = 4,1; L = 14,5; zaś 6 tygodni po przerwaniu leczenia tarczycą znów Ml = 10,5; Mr = 5,9; L = 15,2, po powtórnem rozpoczęciu leczenia tarczycą — w 5 tygodniu Ml = 8,5; Mr = 4,2; L = 14,7, obrysy serca z *myocarditis acuta* okazują zazwyczaj rozstrzeń wszystkich komór, rów-

nież i serce chorych z obrzękiem śluzakowatym ma te same kontury, drobne wysięki osierdziowe dają wprawdzie podobny obraz na ekranie, przy większych zaś wysiękach podstawa serca bywa o wiele szersza. Równolegle ze zmianami serca pojawiają się także zmiany liczby zasadniczej przemiany materji; niemniej cechujące są i elektrokardjogramy. Drugi przypadek okazał również po 5-cio tygodniowem podawaniu tarczycy (»Thyroidextract«) á 0,3, trzy razy w ciągu dnia, znaczne zmniejszenie się wymiarów serca z Ml = 10 na 8; z Mr = 5,7 na 4,3; z L = 16,6 na 14,5 = zaś łuku tętnicy głównej z 6,8 na 6,2.

Wnioski autora opiewają:

I. W obrzęku śluzakowatym zdarzają się przedmiotowe i podmiotowe objawy schorzenia serca, — (nieraz szereg lat) które nie ustępują pod wpływem odpoczynku ani naparstnicy lecz leczą się skutecznie preworami tarczycy.

II. Cechuje serca chorych na obrzęk śluzakowaty nadzwyczaj wielka rozstrzeń wszystkich komór serca i brak ujemnej T elektrokardjogramu w postawie I. Rozstrzeń znika szybko a fala T staje się dodatnią pod wpływem leczenia tarczycą. W okresie przemiany ujemnej w dodatnią falę T, istnieje okres dwufazowości fali T. Niektóre przypadki okazują rozszczepienie i przedłużoną Q-R-S grupę opóźnionego przewodnictwa śródkomorowego. Nieprawidłowość ta również znika pod wpływem leczenia tarczycą. Wszystkie przypadki autora okazywały ujemną Q-R-S grupę w postawie III. podczas trwania wyraźnej rozstrzeni serca,

III. Ujemna Q-R-S grupa w postawie III. uważana przez wielu jako cecha przerostu lewej komory, staje się dodatnią w tych przypadkach po leczeniu tarczycznem, stwierdzając tem samem, że ujemna Q-R-S grupa w III. postawie, nie pochodzi od przewagi mięśnia lewej komory*).

Nr. 9.

William H. Harris i Donovan C. Browne, **Glistnica robaczkowa (Oxyuris vermicularis), jako czynnik przyczynowy w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Już w r. 1634 opisał Fabricius ludzki ten pasorzyt, później Santorini wr, 1724. Pierwszy zaś Miecznikow przed dwudziestu kilku laty z naciskiem wskazał na związek czerwiów jelitowych z zapaleniem wyrostka. Badania przeprowadzone z wszelkiemi ostrożnościami obejmują 121 przypadków wyrostów operowanych z *appendicitis subacuta* lub *app. chronica*, spostrzeganych klinicznie. Z tych w 22 przypadkach stwierdzono obecność większej lub mniejszej ilości *oxyuris*, przeważnie samiczek, w części podstawowej, rzadziej w końcowej części wyrostka. W niektórych przypadkach całe czerwie tkwiły w błonie śluzowej albo też tkwiła w niej tylko $^1/_2$ — $^3/_4$ pasorzyta. Opisawszy dokładnie zmiany patologiczne i makroskopowe i drobnowidowe wyrostków — dodawszy, że i w zdrowych wyrostkach stwierdzano nieraz *oxyuris* — wypowiadają autorowie następujące wnioski ważniejsze: Studjum stanu chorobowego (makroskopowego i histologicznego), wyrostków robaczkowych zawierających glistnice, okazuje niezbicie, że glisty te posiadają ściśle oznaczone chorobotwórcze działanie w powstawaniu zman wyrostka. Pomijanie *oxyuris* jako czynnika wywołującego *appendicitis*, pochodzi wogóle z braku subtelniejszych studjów makro- i mikroskopowych wyrostka robaczkowego. Doniosłą jest rzeczą uwzględnić we wszystkich przypadkach zapalenia wyrostka z nawrotami, — możliwość, że *oxyuris vermicularis* może być czynnikiem przyczynowym. Poza częstością *oxyuris* w zapaleniu wyrostka robaczkowego, nie stwierdzono wogóle zbyt rozpowszechnionej częstości tych czerwiów w trzewiach ludzkich.

Nr. 11.

Youmans and Greene. **Tężyczka żołądkowa leczona chlorkiem amonu** (z oddz. wewn. klin. w Michigan). U kobiety 50-letniej operowanej wskutek kamicy żółciowej (*Cystectomia*) zjawiły się w parę miesięcy później, obok ciężkich dolegliwości żołądkowych, wymiotów, ketonurji, wreszcie objawy śpiączki (*semicoma*) i wybitna tężyczka w dłoniach i stopach, »Chvostek« wyraźny. Po bezskutecznem stosowaniu fizjolog, rozczynu soli kuchennej i litra 2% glukozy w fizjolog. rozczynie soli kuchennej, zastosowali autorowie dnia następnego śródżylnie 400 cent. 0,82% rozczynu chlorku amonu — przekonawszy się przedtem czy rozczyn ten wytwarza z krwią chorej hemolizę. Poprawa widoczna, objawy tężyczki ustąpiły w zupełności — tak iż następnego dnia można było wykonać operację (gastroenterostomję tylną) przyczem stwierdzono silne grube zrosty żołądka z wątrobą, obejmujące i dwunastnicę — nie dające się usunąć. Gdy po operacji zjawiły się lekkie kurcze dłoni zastosowano znów infuzję z 2100 sześć. cent. fizjologicznego rozczynu soli kuchennej oraz 400 sześć. cent. 0,82% rozczynu chlorku amonu śródżylnie. Chorą w dobrym stanie wypisano, krew zawierała wtedy 625 mg. chlorków na litr.

W przypadku tym, tężyczka żołądkowa jako następstwo zwężenia odźwiernika ustąpiła po dożylnem wstrzyknięciu 400 sześć. ctm. 0,82% rozczynu chlorku amonu — bez działań ubocznych, z następową dalszą poprawą stanu ogólnego. — Chlorek amonu nie ma zadania zastąpić zabieg chirurgiczny w zwężeniu organicznem odźwiernika — w przypadkach podobnych do opisanego jest to cenne leczenie chwilowe i przedoperacyjne.

Stosowanie przepłukiwania żołądka (chyba celem opróżnienia rozdętego żołądka tuż przed operacją) lub stosowanie alkaljów jest przeciwwskazanem w tężyczce żołądkowej.

G. E. Brown & L. G. Rowntree. **Prawostronne tętnienie t. dogłowowej w przypadkach znacznej hipertensji** (z klin. Mayo, w Rochester). U kobiet z ciśnieniem krwi znacznego stopnia (skurcz. 264, rozk. 134; 220—120; 186—130; 200—118; 280—140) ze schorzeniem serca, miażdżycą, puchliną, — stwierdzili autorowie wybitne tętnienie ograniczone do dolnej prawej okolicy szyi poniżej m. mostko-obojczykowo-sutkowego. Tętnienie to pochodzi od załamania się wzgl. wygięcia się na zewnątrz prawej tętnicy dogłowowej, powstałego jako wyrównanie tętnicy wydłużonej wobec zmniejszonej odległości, z powodu w górę uniesionej t. głównej. Tętnienie udziela się również i przylegającym częściom miękkim. Dokładna znajomość takich tętnień i ocena ich mechanizmu przyczynowego, ułatwi ich stwierdzanie i rozpoznanie.

*Pisek* (Lwów).

American Journal of Ophthalmology.

Vol. 7. 1924. Nr. 7.

Hanford McKee. **Kilka słów w sprawie patologji naczyniówki.** Autor po kilku uwagach o anatomji naczyniówki przechodzi do spraw zapalnych, które dzieli na ropne i wysiękowe. Przy zapaleniu ropnem naczyniówki spotyka się we wszystkich warstwach naczyniówki rozległe nacieczenia leukocytami wielojądrzastemi i wysięk ropny, które w miarę wzrastania przechodzą w panoftalmię. Zapalenie wysiękowe naczyniówki wyraża się w następujących zmianach:

1. nawał krwi w naczyniach,
2. nacieki limfocytów,
3. obrzęk,
4. wędrówka barwika do siatkówki.

Autor przechodzi w krótkości poszczególne rodzaje zapalenia naczyniówki uwzględniając ich obraz histologiczny. Współczulne zapalenie jagodówki wykazuje: zniszczenie naczyń, ograniczony obrzęk, rozległe, rozlane nacieki limfocytów. Kiła wrodzona lub nabyta jagodówki okazuje wszelkie cechy ostrego lub przewlekłego zapalenia. Gruźlica naczyniówki występuje w 2 postaciach, jako gruźlica prosówkowa i jako

*) W znakomitem dziele Assmana (Klinische Röntgendiagnostik d. inneren Erkrank. III. wyd. 1924. pag. 45—46) znajdujemy oprócz wzmianki o przypadku Zondeka — w którym tyreoidyna znakomicie na serce podziałała, jeszcze opisany własny przypadek autora: obrzęku śluzakowatego, typowego z niedomogą serca (obrzęk powiek, suchość skóry, sinica wargi, małżowin usznych, skóra nieco żółtaczkowata, ciepłota ciała 35,2—4 C°, tętno 50, R. R-95—100 mm Hg. —, zwolnienie czynności umysłowych i fizycznych). Ortodiagram stwierdza rozszerzenie sylwetki sercowej w całości, znaczne zaokrąglenie łuku lewej komory, Mr = 5,9; Ml = 10,8; Tr = 16,7; L = 16,6. Naparstnica okazała się bezskuteczną, zaś trzy tygodniowe leczenie tyreoidyną usunęło nietylko wszelkie objawy obrzęku śluzakowatego ale i wymiary serca doszły do liczb prawidłowych (Mr = 4,2; Ml = 8,5; Tr = 12,7; L = 13,2). Również znikły i sinica, żółtaczkowata cera, a ciepłota i RR. wróciły do stanu prawidłowego. (Przypisek sprawozdawcy).

guzki gruźlicze pojedyncze lub całe konglomeraty gruzełków. Wytwarzanie się tkanki kostnej w naczyniówce jest końcowym degeneracyjnym stanem wszelkich zapaleń plastycznych. Rozwój jej jest o typie okołookostnowym. Mięsaka naczyniówki spotykamy w 2 rodzajach, jako guz ograniczony i jako rozlany nowotwór. Ta druga postać jest bardzo rzadką. Mięsak naczyniówki jest zawsze pierwotny, w przeciwstawieniu do nowotworu — raka, który w naczyniówce jest zawsze wtórorzędny,

S a n f o r d W i t h e r s. **O wartości leczenia radem w okulistyce.** Autor na wstępie wyróżnia tkankę wrażliwą i tkankę oporną na działanie promieni radu. We wszystkich tkankach wrażliwych na działanie promieni radu stwierdza się następujące cechy:

1. niezróżniczkowana postać komórek,
2. szybki ich wzrost i rozrost (bardzo liczne figury mitozy),
3. duża zawartość chromatyny w jądrach komórek,
4. bogate unaczynienie (liczne naczynia świeżo wytworzone, słabe),
5. brak zrębu lub istoty międzykomórkowej.

Wszystkie prawie te cechy posiadają komórki i tkanki o typie wydzielniczym. Tkanka mniej wrażliwa, bardziej oporna na działanie promieni radu okazuje wręcz przeciwne cechy: postać komórek ściśle zróżniczkowana, wzrost powolny (mało figur mitozy), jądra komórek zawierają mało chromatyny, unaczynienie tkanki naczyniami trwałemi dostosowanemi do jej czynności. W rodzajach poszczególnych tkanek pomiędzy najmniej i najwięcej opornemi na działanie promieni radu (jak komórki płciowe, leukocyty, komórki mięśniowe i włókna nerwowe) spotyka się pośrednie rodzaje zależnie od okresu rozwoju tkanki. Promienie radu działają wybiórczo na chromatynę jąder komórek. Autor wylicza poszczególne rodzaje nowotworów i schorzeń ócz i dzieli je na 5 grup. W pierwszej grupie zaleca bezwzględne stosowanie leczenia radem. Do niej należą: *carcinoma basocellulare, epithelioma corneae, glioma, lymphosarcoma, sarcoma gigantocellulare, chloroma, morbus Hodgkin'i, angiomata* (wszelkie rodzaje), katar wiosenny spojówek *(conj. vernalis)* Druga grupa obejmuje te nowotwory i schorzenia, w których leczenie radem obok innego leczenia przynieść może bardzo pomyślne wyniki, do nich należą: *adenocarcinoma gruczołów łzowych, carcinoma microcellulare, melanosarcoma, adenosarcoma, fibrosarcoma, chondroma, osteoma, actinomycosis, blastomycosis, lupus vulgaris et erythematodes.* W trzeciej grupie autor pomieszcza te schorzenia, w których można stosować radium, ale liczyć się zawsze należy z jego szkodliwem działaniem, a mianowicie: w przypadkach zaćmy rozpoczynającej się, stosowanie radu może powstrzymać proces a nawet w pewnym odsetku przypadków cofnąć zaćmienia. Dalej w przypadkach skrzydlika, *naevus, papilloma xanthelasma,* bliznowca, jaglicy zwłaszcza w powikłaniach rogówkowych. Czwartą grupę stanowią przypadki, w których stosowanie radjum może być usprawiedliwione pomyślnemi wynikami w podobnych patologicznych sprawach o innem umiejscowieniu. Zapalenie pryszczykowe spojówek i rogówki, gruźlica spojówki i rogówki, *keratokonus* (zamiast przypalenia wierzchołka rogówki), zapalenie woreczka łzowego przewlekłe po operacji od strony nosa, gdy ziarniny zamykają swobodny odpływ do nosa, zapalenie wrzodziejące brzegów powiek, wreszcie przypadki przerzutów nowotworów złośliwych do oczodołu lub gałki ocznej, gdy chodzi tylko o utrzymanie wzroku do końca życia chorego. Do piątej grupy zalicza autor przypadki zapobiegania przed lub pooperacyjnego, dalej przypadki ciężkie niewyleczalne, w których działanie radu uśmierza bole.

G y u l a F e j é r. **Przejściowa ślepota wskutek zatrucia gazem świetlnym.** Gaz świetlny w wysokim odsetku zawiera tlenek węgla, dwutlenek węgla i metan ($CO$, $CO_2$, $CH_4$). Tlenek węgla posiada zdolność łączenia się z hemoglobiną w 200 razy krótszym czasie aniżeli tlen i tem tłumaczy się wysoki odsetek śmiertelności po zatruciu gazem świetlnym (76,13%). Autor podaje przypadek zatrucia gazem świetlnym, w którym wystąpiła ślepota obu ócz. Po kilku dniach przy stosowaniu KJ wzrok całkowity powrócił (5 5). Przejściową utratą wzroku odnosi autor do wybroczyn krwi w korze mózgowej w okolicy ośrodka wzrokowego albo do przejściowych zmian w samej korze mózgowej wskutek zaburzeń wywołanych zatruciem CO.

*Karelus* (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

Bd. V. H. 5.

Z i e m k e. **O przypadkach śmierci po stosowaniu roztworów adrenaliny.** Wobec częstej nadwrażliwości przy stosowaniu adrenaliny zwłaszcza podskórnie, n. p. u osób otyłych, ze stanem grasiczo-limfatycznym, również w stanach gwałtowniejszego podniecenia, n. p. przed operacją, doradza autor być ostrożnym w dawkowaniu adrenaliny, stosowanej często w większych ilościach przy znieczulaniu miejscowem, wraz z nowokainą. Autor opisuje kilka przypadków śmierci w następstwie za dużych dawek adrenaliny; w jednym przypadku, po udowodnieniu winy, został lekarz zasądzony za przekroczenie dawki maksymalnej.

S c h ä c h t e l i n. **Przypadki nagłych śmierci przez pęknięcie samoistne tętnicy głównej.** W odpowiedzi na pytanie, czy występuje samoistne pęknięcie tętnicy głównej o ścianach niezmienionych, czy też zawsze istnieją choćby drobnowidowe zmiany w ścianie naczynia, są zdania autorów podzielone. Na podstawie swoich 9-ciu przypadków autor twierdzi, że pęknięcie aorty występuje zawsze tylko przy ścianach zmienionych, i to przez miażdżycę, kiłę, usposabia zaś do pęknięcia wąskie światło naczynia, często też marskość nerek, która powoduje podwyższenie ciśnienia krwi. W jednym przypadku przyczyną pęknięcia tętnicy głównej były ostre zmiany zapalne w ścianie na tle ogólnego zakażenia krwi. Jako najczęstszą przyczynę pęknięcia serca uważa autor miażdżycę naczyń wieńcowych z następowemi zmianami w mięśniu sercowym.

L ü h r i n g. **Niezwykły przypadek otrucia arsenem.** Wobec małej ilości arsenu, wykazanego w narządach zmarłego, autor nie uznaje otrucia za przyczynę śmierci, nawet mimo wykazania arsenu w osadzie naczynia, w którem denatowi podano kawę z trucizną.

B e r g. **Siła przebijająca pocisków rewolwerowych w żywem ciele** Czy po postrzale nastąpi przestrzał, czy też pocisk utkwi w ciele, zależy nie tylko od kalibru pocisku jak sądzi K i p p e r, ale i od naboju, który w powojennych pociskach często jest gorszej jakości. Zniekształcenie pocisku w ciele nie musi hamować siły przebijającej, wobec czego siła ta nie jest znacznie większa przy pociskach o płaszczach metalowych w porównaniu z pociskami ołowianemi, które łatwiej ulegają zniekształceniu. Kształt, wielkość, twardość pocisku, jego szybkość, obroty, można określić, ale nie można obliczyć oporu tkanek żywych, dlatego wyniki postrzałów zwłok, nie zbyt zgadzają się z doświadczeniami sądowo-lekarskiemi.

W a l c h e r. **Ocena sądowo-lekarska zatoru powietrznego w małem i dużem krążeniu krwi ze szczególnem uwzględnieniem zatoru powietrznego w mózgu.** U kobiety, która nagle zachorowała wśród objawów mózgowych, po próbach spędzenia płodu przy pomocy pomp, stwierdzono po śmierci, która nastąpiła po trzech dniach choroby, badaniem histologicznem zatory powietrzne w mózgu. Przyczynę dość późnej śmierci tłumaczy autor tem, że powietrze dostawszy się do macicy między błony płodowe a ścianę macicy, mogło tam pewien czas pozostać i dopiero przy ruchach ciała dostało się do otwartych żył; dostanie się powietrza do tętnic mózgu znajduje w danym przypadku swoje wytłumaczenie w otwartem *foramen ovale.* Co do techniki sekcyjnej w przypadkach spędzenia płodów, podejrzanych w kierunku zatorów powietrznych w mózgu, to wobec trudności wyjęcia mózgu bez wytworzenia sztucznych baniek w naczyniach mózgowych, radzi autor najpierw oglądnąć żyły jamy brzusznej, potem badać serce na zawartość powietrza, następnie otworzyć ostrożnie czaszkę i oglądać naczynia mózgowe *in situ.* Można też w tym celu badać dno oka wziernikiem, gdy niema zmętnienia rogówki. Badanie histologiczne mózgu jest wskazane w przypa-

dkach przewlekłych. Wskutek zmiany ułożenia zwłok może nastąpić pośmiertne przemieszczenie banieczek powietrza np. z serca do naczyń. Objawy kliniczne zatorów powietrznych w mózgu są to najrozmaitsze objawy mózgowe.

*Dr. Szulisławska* (Lwów).

## Bibljografja.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

#### A) Piśmiennictwo polskie.

**Nowiny Lekarskie.** Zeszyt 19. Treść: Dr. H. Rudziński: O leczeniu przewlekłych postaci gośćca stawowego. – E. Brzezicki: System paleokinetyczny w świetle badań lat ostatnich. — A. Nowiński: O masowej pielęgnacji niemowląt. — St. Karpiński: Samolot na usługach medycyny.

**Pedjatrja Polska.** T. VI. Zeszyt III. Treść: H. Frenklowa: O stosowaniu siarki w przewlekłym gośćcu stawowym u dzieci. — Wł. Mikułowski: O truduościach rozpoznawczych gruźlicy u dzieci. — St. Kramsztyk: O niektórych czynnościowych objawach serca u dzieci. — J. Niepokojczycka: Przypadek wścieklizny u 3-letniego dziecka. — P. Szaniawski: Przypadek ostrej limfatycznej białaczki u 8-letniej dziewczynki. — S. Samet-Mandelsowa: Przypadek Icterus familiaris neonatorum gravis u noworodka 3-dniowego.

**Klinika oczna.** T. III. Zeszyt III. Treść: J. Drak: Przypadek gruczolaka torbielowatego rąbka spojówki. — K. Karelus: O podnabłonkowem barwieniu rogówki. — S Mirecki: Przyczynek do leczenia pełzającego wrzodu rogówki. — J. Zurkowski (Kielce): O stopniach periskopijności szkieł. — K. Koliński: Przypadek wytrzeszczu z zakrzepem żyły środkowej siatkówki wskutek krwotoku pozagałkowego. — J. Ruszkowski: Wyniki 100 operacyj Lagrange'a, wykonanych z powodu jaskry prostej i przewlekłej. — J. Frankowska: Działanie ezeryny na oczy normalne. — M. Likiernik: O stosunku jaglicy do innych chorób.

**Ginekologja Polska.** T. IV. Zeszyt VII—IX. Treść: Sprawozdanie z obrad Sekcji Położnictwa i Ginekologji XI Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w dn. 13, 14 i 15 lipca 1925 r. – Z. Monsiorski: Podstawy zapobiegania zakażeniom połogowym oraz ich leczenia z uwzględnieniem powikłań przypadkowych połogu natury zakaźnej. — H. Sołowij: O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego brzusznego. — J. Szymanowicz: O rozgraniczeniu wskazań do operacyjnego leczenia raka szyjki macicznej. — H. Beck: Próby uodpornienia przeciw zakażeniu połogowemu. — H. Gromadzki: W sprawie operacyjnego leczenia niedrożności jajowodów. — T. M. Keller: Uwagi o leczeniu gruźlicy przydatków macicy i otrzewnej. — K. Bocheński i E. Meisels: Naświetlania roentgenowskie w ostrych i przewlekłych wysiękach przymacicznych. — M. Zwejgbaum: Notatki językowe i terminologiczne.

**Walka z Gruźlicą.** Nr. 3. Treść: St. Rudzki: Wrażenia z Danji. — Związek przeciwgruźliczy. Zadania Związku i Statut.

**Wychowanie Fizyczne.** Nr. 3 i 4. T. VI. Treść: K. Jonscher: O przeciążeniu młodzieży szkolnej. — S. Szuman: Jak lekarze szkolni mogą przeciwdziałać przeciążeniu uczniów nauką szkolną. — J. Ozięblowski: W sprawie przeciążenia młodzieży szkolnej. — St. Ciechanowski: Powszechne wychowanie fizyczne jako podstawa przygotowania ludności do wojny. — Tenże: Rola lekarza w wychowaniu, w szczególności w wychowaniu fizycznem. – T. Jaroszyński: Rola psychologa w wychowaniu fizycznem. — E. Piasecki: Wychowanie fizyczne w szkołach akademickich. — Wł. Osmólski: Poradnie sportowe. — Z. Wyrobek: Organizacja gier ruchowych w Rzpltej. – F. Fidziński: Koła sportowe młodzieży szkolnej. — T. Strumiłło: Uwagi o obozach letnich przysposobienia wojskowego młodzieży.

**Polska Dentystyka.** T. III. Nr. 5. Treść: H. Garczyński: Sprawy ropne jamy ustnej w oświetleniu bakterjologicznem. — S. Podwiński: Leczenie zębów z przetokami.

**Zdrowie.** Nr. 7—8. S. Kościuszkowa: Bezwodnik kwasu węglowego rozpuszczony w wodzie i jego znaczenie higjeniczne.

**Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka«.** Nr. 8. Treść: W. Miklaszewski: Próba statystyki nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej. — Sekcja Raka i »Wystawa Nowotworów« na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich. — Br. Bartkiewicz: Wpływ najnowszych poglądów z zakresu biologji raka na leczenie jego teraz i w przyszłości. — I. Grundzach: Rak a nauka o witaminach. — Br. Wejnert: Rak w stosunku do innych chorób przewodu pokarmowego.

**Lekarz Polski.** Rok I. Nr. 5. Treść: St. Tubiasz: Gospodarka sanitarna samorządów miejskich na podstawie budżetów z r. 1924 (dokończenie). — Wł. Głuszkiewicz: Świadectwa lekarskie. — W sprawie zakresu działania Izb Lekarskich. — O należytościach znawców lekarzy w postępowaniu sądowo karnem. — Ze Zjazdu delegatów Związku Lekarzy Rządowych w P. P. odbytego we Lwowie 13-14. IX. 1925. — Cennik poborów lekarskich woj. Poznańskiego oraz na obszarze Delegatury Rządu w Wilnie. — Taksa lekarska na terenie woj. Nowogrodzkiego.

**Podręcznik chorób zakaźnych** pod redakcją L. Karwackiego, M. Michałowicza, St. Rudzkiego i St. Sterling-Okuniewskiego. Zesz. I. cz. II. i Zeszyt III. Książnica-Atlas r. 1924.

**Pamiętnik Polskiego Tow. balneologicznego.** Rok 1925. Nakładem Pol. Tow. balneol.

#### B) Piśmiennictwo niemieckie.

**Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften.** Monachium (S. F. Lehmann). 1925. Z. g. Cena 2 M.

Treść: 1) Prof. dr. Müller-Hess i dr. Hey: Przegląd prac z medycyny sądowej i społecznej. 2) Koetsch: Medycyna przemysłowa.

## Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 marca 1925 r. wspólnie ze Sekcją Sanitarną Tow. Wiedzy Wojskowej.

Przewodniczący kol. Majewski.
Obecnych 163 członków i zaproszonych gości.

Odczytano protokół z posiedzenia w dniu 4. III. i 11. III. Przyjęto na członka kol. Juljana Morawskiego. Przewodniczący wita w serdecznych słowach licznie przybyłych lekarzy wojskowych i członków Towarzystwa ochrony przeciw walce gazowej.

1. Kol. ppłk. Maciąg omawia dane kliniczne zaś kol. Olbrycht dane **anatomiczno-patologiczne w przypadku pierwotnego raka płuca prawego** u 34-letniego oficera.

Następnie pokazują roentgenogramy, preparat makroskopowy narządów klatki piersiowej, preparaty mikroskopowe z plwociny i płynu otrzymanego przez nakłucie klatki piersiowej, wreszcie preparaty histologiczne nowotworu.

W dyskusji kol. Kader zaznacza, że spostrzegał 3 przypadki nowotworów płuc. Jeden za czasów swego pobytu na klinice prof. Mikulicza we Wrocławiu. Chorym był wówczas elew kliniki. 2-gi przypadek na klinice chirurg. w Krakowie: chory z ogromnym guzem – oba płaty lewego płuca były zajęte przez nowotwór. 3-ci przypadek w Rosji: nowotwór prawego płuca. Punkcja, robiona grubą igłą przez klatkę piersiową, wykazała liczne komórki — nie płucne. Autopsja wykazała zajęcia nowotworowe prawego płuca bez przerzutów. Kol. Hirsch spostrzegał 5 przypadków nowotworów płucnych: u mężczyzny 60-letniego, u kobiety 48-letniej i 3 przypadki w jednej rodzinie (woźnego uniwersyteckiego). Ojciec i jedno dziecko z nowotworem lewego płuca — drugie dziecko z *epulis sarcoma tosa.*

2. Kol. podpułk. Nadolski wygłasza odczyt p. t. »**Zasady walki i obrony gazowej**« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Wachholz zaznacza, że w Krakowie zawiązało się Towarzystwo dla ochrony przed walką gazową, Towarzystwo jednak ledwo wegetuje, ponieważ nie wzbudziło większego zainteresowania w społeczeństwie. Kol. Kader proponuje, aby wykład podobny urządzić dla szerszej publiczności. Radzi sprawę tę lepiej zorganizować. W Wilnie zawiązało się Towarzystwo dla walki z gazami, które się podobno bardzo dobrze rozwija. Prelegent potwierdza, że Towarzystwo zawiązane w Krakowie nie cieszy się zbytniem zainteresowaniem, natomiast wykłady urządzane w szkołach publicznych cieszyły się bardzo żywą frekwencją.

Posiedzenie naukowe wspólnie z Franko-Polskiem Towarzystwem lekarskiem w dniu 25 marca 1925 r.

Przewodniczący kol. Majewski. Obecnych 40.

Kol. Majewski wita po dłuższem serdecznem przemówieniu wygłoszonem w języku francuskim, przybyłego z Francji prelegenta, poczem

Dr. Romeuf wygłasza odczyt p. t. »**Etude du coeur et des réactions elastiques de l'aorte d'aprés la courbe oscillométrique de billard**«.

Posiedzenie naukowe wspólnie z Tow. technicznem i Kołem Architektów w dniu 1 kwietnia 1925r.

Przewodniczący kol. Majewski. Obecnych 38.

Przewodniczący wita przybyłych gości i dziękuje prelegentowi za poniesione trudy w związku z przyjazdem do Krakowa i wygłoszeniem tu odczytu, budzącego zrozumiałe zainteresowanie wśród krakowskich sfer klinicznych i szpitalnych.

1. Inż. Puterman wygłasza odczyt p. t. »**Budownictwo szpitalne na Zachodzie**«. Odczyt ten, objaśniony obficie obrazami świetlnemi, wywołał duże zainteresowanie, które zaznaczyło się długotrwałą żywą dyskusją.

Posiedzenie naukowe w dniu 22. kwietnia 1925 r.

Przewodniczący Kol. Szymanowicz. Obecnych 79.

Przewodniczący wygłasza dłuższe wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku Towarzystwa ś. p. dr. Walerjanie Momidłowskim, podnoszac Jego zasługi na polu społecznem, co obecni uczcili przez powstanie.

Przyjęto na członka kol. Feliksa Jasionka.

1. Kol. Blassberg wygłasza odczyt p. t. »O nowoczesnem leczeniu« (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Kostrzewski wskazuje, że empirją gardzić nie należy, dalej wskazuje na paradoksy które nieraz wynikają z naukowego postępowania, opartego jedynie na spekulacji myślowej. Kol. Szumowski zaznacza, że bezpośrednią poprzedniczką w końcu w. XXIII. dzisiejszej medycyny naukowej nie była empirja, jak sądzi prelegent, lecz także medycyna na swój sposób naukowa i pełna racjonalizmu, oparta tylko na mniejszej ilości faktów naukowych, eksperymentalnie stwierdzonych. Gdy mowa o racjonaliźmie należy odróżniać postępowanie »racjonalne« t. j. słuszne, oraz postępowanie »racjonalistyczne«, w którem istotną cechą jest rozumowanie, czasami błędne. Mowca ma wrażenie, że prelegent cokolwiek niedocenia znaczenia empirji, jeżeli pod tą nazwą będziemy rozumieli doświadczenie ludzkie, najszerzej pojęte (Erfahrung). Taka empirja jest niezbędnym składnikiem wszelkiego badania naukowego. Lekceważenie empirji w medycynie sprawia, że autorowie tak często ogłaszają prace oparte na wyrozumiałych przesłankach, ale nie poparte dostateczną ilością zaobserwowanych przypadków. Jakże często czyta się prace oparte na kilku lub kilkunastu przypadkach pozytywnych, których autorowie zapominają, że wynik pozytywny mógł być przypadkowy i że następne 2 - 3 setki przypadków mogły być wszystkie negatywne. Medycyna, czyniąca zadość wszystkim wymogom naukowym powinna być w równej mierze racjonalna jak i empiryczna.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiali kol. Leuchter, Eisenberg i Markowa.

Kol. Blassberg w przemówieniu końcowem w odpowiedzi kol. Kostrzewskiemu i Szumowskiemu podnosi, że nie leżało na linji jego wywodów zajmowanie się określeniem, czy empirja czy nowoczesne naukowe zasady lecznictwa stoją wyżej. W tym względzie zgadza się w zupełności z wywodami kol. Eisenberga, że one ze sobą ściśle się łączą. Z drugiej strony w odpowiedzi na przemówienia kol. Leuchtera i koleżanki Markowej nie chce też wchodzić w szczegóły, czy ta lub owa grupa leków nowoczesnych jest dobrą, albo czy ten lub ów leczniczy kierunek nowoczesny utrzyma się także w przyszłości. Stwierdził tylko i zailustrował w swoim wykładzie zasadniczy fakt, że nowoczesne lecznictwo z nihilistycznego przeszło w bardzo aktywne i przeszło z czystej empirji na drogę poszukiwania ogólnych praw naukowych, obejmujących zjawiska lecznicze, oraz że pod wpływem tych badań naukowych powstały liczne nowe leki i kierunki lecznicze.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

### Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 21 kwietnia 1925 r.

Przewodniczący prezes Kol. B. Sawicki.

1. Kol. Misiewiczówna wygłosiła wykład p. t.: **Badanie ciśnienia żylnego w klinice** (przeznaczone do druku).

**W dyskusji** kol. Modrakowski kładzie nacisk na wielkie znaczenie badania ciśnienia żylnego dla fizjologji i patologji krążenia. Dotychczas zaniedbano takie badania zarówno w pracowni fizjologicznej, jak i w klinice. W razie niedomogi prawego serca rośnie ciśnienie żylne, gdyż odpływ z żył do przepełnionych zaległą krwią komór prawego serca — jest utrudniony. Istnieją jednak stany zwiększonego napięcia mięśnia sercowego, gdy włókna mięśnia dopiero pod wpływem wzmożonego ciśnienia dopływającej krwi rozciągają się i pozwalają na odpowiednie napełnienie prawego serca krwią żylną. To zdarza się n. p. w razie znacznie zmniejszonej zawartości $CO_2$ we krwi. Badania Sterling'a, pracy serca na preparacie płuco-sercowym, na podstawie których podał autor swoje »prawa pracy serca«, — były wykonane przy nadmiernej wentylacji płuc. To zmusiło go do stosowania b. wysokiego ciśnienia żylnego, w celu napełnienia prawego serca krwią. Oprócz wydolności mięśnia sercowego ma też bardzo duże znaczenie skład krwi dla wysokości ciśnienia żylnego. Prelegentka sama stwierdziła, że przy zmniejszonej lepkości krwi ciśnienie żylne daje liczby niższe od normy. Kol. Januszkiewicz prosi o wyjaśnienie, czy prelegentka porównywała absolutne liczby, które otrzymała swoją metodą, z liczbami, otrzymanemi metodą krwawą. W klinice terapeutycznej wileńskiej metoda krwawa, stosowana przez użycie Claud'a do badania płynu mózgowordzeniowego, dawała w badanych przypadkach liczby naogół mniejsze. Co do stosunku i wpływu parcia tętniczego na ciśnienie żylne, to należy z pewną ostrożnością i zastrzeżeniami przyjmować tę zależność, gdyż wiemy, że stan tętniczek w niektórych przypadkach, wzmagając ciśnienie tętnicze, może obniżać jednocześnie ciśnienie w sieci włoskowatej. Kol. Michalski podnosi, że wartość praktyczną tej metody stanowi główne możność odróżnienia obrzęków pochodzenia nerkowego od pochodzenia powstających z powodu niedomogi mięśnia sercowego. Kol. Gutowski zauważa, że do czynników utrzymujących, ciśnienie tętnicze zaliczamy pracę serca, pewną określoną ilość krwi i jej stan fizyko-chemiczny oraz opory w tętniczkach względnie w kapillarach. Wysokość ciśnienia na przebiegu układu krwionośnego świadczy o pokonaniu oporów a zarazem o zużyciu popędowej energji serca. Ciśnienie żylne ulega powiększeniu przy utrudnionym odpływie żylnym, zmianach czynności serca i zmniejszonych oporach obwodowych. Przypadki kliniczne, które prelegentka przytoczyła całkowicie potwierdzają powyższe ujęcie ciśnienia żylnego. Kol. Misiewiczówna odpowiada, że w pewnej ilości przypadków były wykonane badania równolegle sposobem krwawym i bezkrwawym. Czynnik pozasercowy w zmianach ciśnienia żylnego, rzecz jasna, musi mieć znaczenie tak w sensie skurczu patologicznego naczyń włoskowatych, jak i zmian składu krwi n. p. zmian lepkości lub zmniejszenia się liczby elementów komórkowych krwi. Przypadek nieodkrwistości wyleczonej potwierdził to wyraźnie. W obserwowanych przez siebie przypadkach, prelegentka skurczu naczyń nie spotykała.

2. Kol. Walc wygłosił wykład p. t. »**Powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego**« (wyszło w druku »Polski Przegląd Chirurgiczny«. Tom IX. Zeszyt 2).

**Dyskusja**: Kol. L. Zembrzuski spostrzegał przypadek u 12-letniego chłopca, dotkniętego ostrym napadem zapalenia wyrostka robaczkowego i operowanego w ciągu 24 godzin. Krwiomocz po upływie 7 dni od operacji. Krew nie była zmieszana z moczem, lecz ostatnie krople moczu były silnie zabarwione krwią. Dolegliwości żadnych chory nie doznawał. Krwiomocz ten trwał 3—4 dni, poczem ustąpił i w ciągu roku więcej nie występował. Z. sądzi, że w etjologji krwiomoczu w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego — należy uwzględnić kamicę. Kol. Skłodowski. Zwraca uwagę na spostrzeżenia kol. Zembrzuskiego, krew bowiem w danym przypadku najwidoczniej pochodziła z pęcherza. Wobec tego należałoby zwracać uwagę i na krwawienia z innych narządów moczowych. Kol. Walc w odpowiedzi zaznacza że krwawienia po operacji wyrostka robaczkowego Anschütz dzieli na nerkowe, pęcherzowe i moczowodowe. Prelegent sądzi, że w przypadku kol. Zembrzuskiego należałoby zwrócić uwagę, czy nie mieliśmy do czynienia z polipem pęcherzowym.

Posiedzenie kliniczne w dniu 5 maja 1925 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki.

1. Kol. Radwan i Piaszczyński wygłosili wykład p. t. »**Z patologji chirurgicznej okolic wątroby**«, podając 2 przypadki torbieli rzekomej okolicy lewego płata wątroby, oraz przypadek **torbieła gruczolowego wałeczkowo-komórkowego, brodawczakowego trzustki.**

**W dyskusji**: Kol. Sawicki stwierdza, że 2-gi przypadek kol. Piaszczyńskiego nasuwa co do swej etjologji pewne wątpliwości. S. nie wyłącza możliwości istnienia wrzodu żołądka na krzywiźnie małej. Bywają przedziurawienia żołądka, o których chorzy dowiadują się dopiero po przedziurawieniu. Owrzodzenia przedziurawione mogą się zagoić samoistnie. W roku zeszłym widział S. przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka; podczas operacji natrafiono na duże zbiorowisko treści żołądka w otrzewnej; a wobec ciężkiego stanu chorego założono tylko sączki, nie zakrywając pękniętego wrzodu, owrzodzenie zagoiło się w tym przypadku samoistnie, chory wyzdrowiał, lecz po roku zmarł na gruźlicę. Na sekcji stwierdzono b. małe niezupełnie zagojone owrzodzenie w okolicy oddźwiernika. Przypadek ten potwierdza, że owrzodzenie przedziurawione może się zagoić samoistnie. S. stwierdza że pęknięcia i krwotoki samoistne w wątrobie są nader rzadkie. Kol. Leśniowski podnosi, że stroną najciekawszą tego przypadku jest etjologja tworu torbielowatego. Bardzo szczegółowe badanie Roentgenem żołądka nie wykazało żadnych zmian. Trudno sobie wyobrazić przedostanie się treści z pękniętej dwunastnicy nad wątrobę, gdybyśmy przyjęli tę chwilę etjologiczną powstania opisanej torbieli. W cieczy zawartej w torbieli znaleziono żółć — w treści żołądka żółci nie stwierdzono. Chora czuła się poprzednio zupełnie dobrze, najmniejszych objawów ze strony żołądka nie miała. Kol. Piaszczyński podkreśla, że w przebiegu pooperacyjnym, przez sączek założony do jamy torbieli — wydzielała się ciecz z dodatkiem żółci, badanie zaś kilkakrotne treści żołądka — nigdy żółci nie wykazywało.

2. Kol. Krauze wygłosił wykład p. t. »**W sprawie napięcia układu nerwowego roślinnego w stanach tarczycowych**«.

*T. Byszewski*, sekretarz doroczny.

### Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 stycznia 1925 r.

Przewodniczący Kol. Drożdż.
Obecnych 17 członków i 7 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
2. Kol. Drożdż i Jaworski pokazują chorą z **nowotworem rdzenia**, operowaną przez kol. Jaworskiego z wynikiem pomyślnym (rzecz przeznaczona do druku).
3. Kol. J. Cymberg przedstawia **odlew przełyku**, wykrztu-

szony przez chorą, która w celach samobójczych napiła się stężonego kwasu siarkowego.

4. Kol. Jaczewski przedstawia przypadek **zrogowacenia ciemnego acantosis nigricans**, choroby rzadkiej. Chory przybył do szpitala z powodu świeżej kiły. Przy badaniu zauważono ciemne zabarwienia skóry z jasnemi brózdami na szyi, pod pachami, tylnej stronie dłoni i około pępka. Chory skarży się na dolegliwości żołądkowe. W znacznej liczbie przypadków tego rodzaju stwierdzano nowotwory złośliwe w jamie brzusznej.

5. Kol. Czerwiński przytacza przypadek **ciąży zamacicznej, trwającej 11 miesięcy**. Płód leżał swobodnie w jamie brzusznej; po operacji wyjęto bardzo duży płód (4700 gr), łożysko wielkie (970 gr), oddzielenie łożyska było bardzo trudne z powodu olbrzymiego krwotoku.

W dyskusji kol. Gąsiorowski przytacza podobny przypadek, spostrzegany przez siebie.

6. Kol. Drożdż odczytuje **zaproszenie T-wa Lek. francusko-polskiego na II-gi Kongres Lekarski Francusko-Polski** w Paryżu i proponuje, aby członkowie, chcący wziąć udział w Kongresie, zgłosili się do niego w ciągu tygodnia.

7. Kol. Cywiński wygłosił odczyt: **Krzywica w świetle nowych badań**. Przytaczając na wstępie poglądy Marfana, który uważa za najczęstszą przyczynę krzywicy kiłę, poczem dopiero idą zaburzenia trawienia, gruźlica i t. d., referent przechodzi do omówienia prac Mellendy, kóry chciał uczynić z krzywicy awitaminosę, poczem omawia doświadczenia na zwierzętach lekarzy amerykańskich (Mac Callum'a, Sinemonds'a, Shippley'a, Park'a, Kess'a), zatrzymuje się dłużej nad djetą 85 Pappenheymer'a, i wyprowadza wnioski o wysunięciu w patogenezie krzywicy na pierwszy plan fosforu, a nie wapnia. Dalej referent przytacza nowe prace o stanie lekarzy baltymorczyków i zatrzymuje się dłużej nad działaniem promieni słonecznych i lampy kwarcowej w krzywicy doświadczalnej i u dzieci. Porównanie krzywicy doświadczalnej z krzywicą ludzką, pomimo pewnych różnic rozstrzyga na korzyść tożsamości obu tych cierpień, przyczem w krzywicy doświadczalnej chodzi o niedobór fosforu pokarmowego, w krzywicy ludzkiej zaś chodzi o brak wchłaniania fosforu. Daiej sprawozdawca zatrzymuje się nad przyczynami tej hypofosfatemji i mechanizmem jej powstawania, poczem zwraca uwagę na konieczność walki z krzywicą, jako chorobą społeczną, i na wzór zagranicy proponuje zaopatrzyć stacje opieki nad niemowlętami w lampy kwarcowe. W końcu sprawozdawca zapoznaje zebranych z przebiegiem dyskusji w sprawie krzywicy na zjeździe pedjatrów, który niedawno odbył się w Paryżu.

W dyskusji zabierali głos kol. Garbaczewski, Mędrkiewicz, Arnsztajn, Wąsowski, Jaczewski, Distler i prelegent.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 stycznia 1925 r.

Przewodniczący Kol. Drożdż.
Obecnych 14 członków i 6 gości.

1. Kol. Jaworski pokazuje **kamień**, usunięty u chorej, u której rozpoznano kamień, uwiezgnięty w wspólnym przewodzie żółciowym. Po otwarciu jamy brzusznej woreczek wypełniony był żółcią, przewód wątrobowy był bez zmian, przez dwunastnicę wyczuwalny był kamień, przecięto fałd otrzewnowy, odsunięto dwunastnicę i odsłonięto część pozadwunastniczą, kamień wepchnąć się nie dał. Wówczas po zacięciu brodawki Vater'a usunięto kamień. Drenażu nie robiono. Przebieg dobry.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3. Kol. Drożdż zawiadamia, iż kol. Biernacki i kol. Drożdż zgłosili udział w Kongresie lekarskim francusko-polskim.

4. Kol. Drożdż odczytał odezwę Komitetu **do zwalczania raka** i prosił o poparcie poczynań Komitetu.

5. Kol. Brzeziński zdał **Sprawozdanie rachunkowe** Pracowni Anatomo-patologicznej do 1 stycznia 1925 r.

6. Kol. Drożdż wygłosił referat: **»O nowotworach rdzenia«** Zaznaczając, iż z cierpień organicznych układu nerwowego leczenie nowotworów rdzenia jest jednem z najwdzięczniejszych pól dla neurologa referent, mówi o podziale nowotworów rdzenia, zastanawia się dłużej nad symptomatologją nowotworów zewnątrz i wewnątrzrdzeniowych, wspomina o cierpieniach, które mogą sprawiać trudności przy rozpoznaniu, omawia obszerniej objawy Licard-Foix i Queckenstedt'a podnosi zdobycze ostatnich lat w kierunku rozpoznania nowotworów rdzenia przez zastrzykiwanie lipjodolu do kanału kręgowego, mówi o powikłaniach pooperacyjnych, nakoniec wspomina o próbach leczenia nowotworów rdzenia promieniami Roentgena lub radium bez poprzedniej operacji.

W dyskusji zabierali głos kol. Jaworski, Cywiński i Sitkowski.

7. Kol. Morozowa zdała **sprawozdanie z działalności Pracowni Anatomo-Patologicznej.**

Posiedzenie naukowe w dniu 2. lutego 1925 r.

Przewodniczący Kol. Drożdż.
Obecnych 15 członków i 5 gości.

1. Kol. Kozinkowski pokazuje 2 chorych, *a*) kilkuletnie dziecko, które miało **wypadnięcie jelita grubego i cienkiego** przez ranę po jakiejś operacji brzusznej. Dn. 24 stycznia operacja, przy operacji okazało się, iż była wynicowana cała kątnica i część jelita cienkiego; odprowadzono wynicowanie. Wynik bardzo dobry;

*b*) chłopca, **postrzelonego siekańcem w jamę brzuszną**. Dostarczony na stół operacyjny w 12 godzin po wypadku. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono 6 dziur w kiszkach cienkich, 2 w grubych i 2 w żołądku. Dziury zaszyto. Wynik dobry.

2. Szef Sanitarny O. K. II. pułk. Szymański omówił **sprawę ewakuacji chorych i rannych z pola bitwy na aeroplanach** i podniósł sprawę zorganizowania Koła Oficerów Rezerwy, poczem postanowiono aby Zarządy T-wa Lekarskiego i Związku Lekarzy omówiły sprawę stworzenia Koła Oficerów Rezerwy.

3. Odczytano bieżącą korespondencję.

4. postanowiono przystąpić, w myśl artykułu w Polskiej Gazecie Lekarskiej, podpisanego przez prof. Nowickiego i prof. Frankego, do Związku Towarzystw lekarskich, który to związek miałby między innemi za zadanie wydawania biuletynów Towarzystw lekarskich.

5. Kol. Rupniewski wygłosił I część referatu **»O wrzodach przebijających żołądka i dwunastnicy** według N. Mondor'a i S. Lauret'a«.

Sekretarz *Dr. St. Witkowski*

---

## Sprawy zawodowe.

### Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 27. sierpnia 1925.

Obecni: Przewodniczący: Bączkiewicz, Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Na wniosek Przewodniczącego postanowiono wystosować do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memorjał w sprawie wody do picia, z której korzystają mieszkańcy Rzeczypospolitej Polskiej, i w sprawie inicjatywy ze strony Rządu co do budowania ustępów po wsiach. Co do pierwszej sprawy, chodziłoby na razie o przeprowadzenie rejestracji studzien i urządzeń, dostarczających wody do picia.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano projekt Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, z prośbą o ocenę i przedstawienie uwag na piśmie do dnia 27. VII. r. b. Postanowiono wystosować odpowiedź, że, ponieważ projekt wymienionej Ustawy był przesłany Izbie Naczelnej w przeddzień terminu zwrotu, przeto uwagi co do tego projektu Ustawy nie mogły być przez Zarząd Naczelnej Izby poczynione.

Od Izby Łódzkiej otrzymano pismo w sprawie powoływania lekarzy na komisje poborowe z prośbą, ażeby Izba Naczelna zwróciła się do władz miarodajnych z żądaniem wydania dodatkowych wyjaśnień, ściśle określających poszczególne paragrafy ustaw i rozporządzeń w tej sprawie.

Postanowiono przedewszystkiem rozpatrzyć odnośne ustawy i rozporządzenia w celu wystąpienia z odpowiednim memorjałem do Władz.

Od Izby Łódzkiej otrzymano pismo z uwagami co do artykułu pana Hilarowicza, umieszczonego w czasopiśmie „Lekarz Polski", a dotyczącego sprawy kompetencji Izb lekarskich.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Łódzkiej, że w sprawie tej Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej będzie mógł się wypowiedzieć dopiero po naradzie z radcą prawnym.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej Przewodniczący otrzymał pismo w sprawie zatargu tej Izby z Uniwersytetem w Poznaniu.

W związku z tą sprawą postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o przesłanie dokumentów tego zatargu.

Od Dr. Wrześniowskiego z Częstochowy otrzymano pismo w sprawie zorganizowania dla wszystkich Izb lekarskich ogólnej Kasy Pogrzebowej.

Pismo to przekazano Dr. Guranowskiemu dla oceny i przedstawienia swych uwag.

Posiedzenie Zarządu w dniu 15. września 1925.

Obecni: Przewodniczący: Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano wykaz specyfików farmaceutycznych i preparatów organoterapeutycznych z prośbą o przesłanie wykazu wszystkim Izbom Lekarskim. Prośbę tę postanowiono uwzględnić oraz postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z przedstawieniem, ażeby na przyszłość ograniczyć pozwolenia na dowóz takich specyfików zagranicznych, które albo są zbędne, albo też mogą być zastąpione krajowemi.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano projekt rozporządzenia o utworzeniu Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej z prośbą o wyrażenie przez Naczelną Izbę zgody na połączenie obszarów okręgu administracyjnego wileńskiego i Województwa Nowogrodzkiego w jedną Izbę lekarską.

Postanowiono zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdro-

wia, że Izba Naczelna zgadza się na projektowane połączenie wymienionych obszarów w jedną Izbę lekarską.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z zawiadomieniem o podaniu się do dymisji sędziego zastępcy Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Gawłowskiego i z prośbą o rozstrzygnięcie sprawy tej zgodnie z art. 19. i 30. Ustawy o Izbach Lekarskich.

Zarząd N. I. L. postawione przez Dr. Gawłowskiego motywy uznał za wystarczające i zwolnił go ze stanowiska sędziego zastępcy N. I. L.

O decyzji tej postanowiono zawiadomić Prezydjum Sądu N. I. L.

Od Izby Warszawsko-Białostockiej otrzymano pismo z prośbą o wypowiedzenie się w sprawie lekarzy specjalistów. Postanowiono odpowiedzieć, że Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej nie przewiduje żadnych ograniczeń pod względem obierania specjalności przez lekarzy.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie zakresu handlu środkami leczniczemi w składach aptecznych z prośbą o przedstawienie opinji.

Postanowiono odpowiedzieć, że Izba Naczelna podziela pogląd na tę sprawę, wyrażony w artykułach 4. i 5. projektu Ustawy Aptekarskiej.

Co się tyczy projektu Ustawy Drogistowskiej, jest on w całości i w szczegółach tak rażąco sprzeczny z poglądami Izby Naczelnej, że wdawanie się w jego ocenę szczegółową uznano za zadanie zbędne.

Postanowiono powołać komisję w sprawie ubezpieczeń lekarskich, pod przewodnictwem Dr. Guranowskiego.

Do komisji tej postanowiono powołać Dr. J. Zawadzkiego, Dr. Luxenburga i Dr. Mutermilcha.

Postanowiono powołać komisję w sprawie mapy graficznej rozmieszczenia lekarzy pod przewodnictwem Dr. Guranowskiego. Do komisji tej powołano Dr. Boguckiego, Dr. Radziwiłłowicza, Dr. Garlicką i Dr. Bełkowskiego.

---

## *Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie*

*Związku Lekarzy Kasy Chorych we Lwowie odbędzie się w niedzielę dnia 29. listopada o godz. 11-tej przedpoł. w lokalu Kasy Chorych przy ul. Brajerowskiej l. 8. Porządek dzienny podany będzie pisemnie.*

*Prezes:* ***Prof. Dr. Marischler.***

---

### Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Z powodu faktu podanego do wiadomości Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przez Warszawski Wojewódzki Urząd Zdrowia, że Dr. X. zamieszkały w miasteczku Y. urządził sobie w sąsiedniem miasteczku Z. gabinet lekarski dla przyjęć dorywczych (2 razy na tydzień), w warunkach nieodpowiednich, bez poczekalni i z wejściem, prowadzącem do pokoju przyjęć z pokoju wędliniarki, do którego to pokoju jest wejście albo z kuchni, albo ze sklepu z wędlinami — Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka przypomina swym członkom, aby przy urządzaniu gabinetów lekarskich ściśle przestrzegali zasad higjeny.

Naczelnik Izby: *A. Przyborowski.*
Pisarz Izby: *I. Sochacki.*

### Związek lekarzy Zachodniej Polski.
### Okręg Związku P. P.

OSTRZEŻENIE.

»W powiatowej Kasie Chorych w Poznaniu istnieje od przeszło dwóch miesięcy stan bezkontraktowy, ponieważ Powiatowa Kasa Chorych nie wypłaciła lekarzom honorarjum od kilku miesięcy. Ostrzegamy Kolegów przed przyjmowaniem w wyżej wymienionej Kasie jakichkolwiekbądź posad bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem Lekarzy w Poznaniu, Aleje Marcinkowskiego 15. II.«

Za Zarząd:

*Prof. Dr. Karwowski,* prezes. *Dr. Janiszewski,* sekretarz.

OSTRZEŻENIE.

Związek Lekarzy Kasy Chorych we Lwowie przestrzega przed obejmowaniem posad lekarzy dentystów w powiatowej Kasie Chorych w Buczaczu, bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

---

### Kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą“.

Z inicjatywy Związku Przeciwgruźliczego, przy poparciu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i w porozumieniu z Wydziałem Lekarskim Uniw. Warsz., odbędzie się 4-tygodniowy kurs uzupełniający dla lekarzy, obejmujący zarys lekarsko-społeczny współczesnej wiedzy o gruźlicy, a przeznaczony zwłaszcza dla lekarzy, mających pracować w pracowniach przeciwgruźliczych.

Dla przeprowadzenia tej myśli zawiązał się Komitet Organizacyjny, w którego skład weszli: Prof. dr. Gluziński (prezes), Generalny Dyrektor Służby Zdrowia dr. Wroczyński, Dziekan Wydz. Uniw. Warsz. Prof. dr. Czyżewicz, Docent dr. Sterling-Okuniewski i Adj. Kl. dr. Szczepański.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i Związek Przeciwgruźliczy, pragnąc ułatwić pewnej liczbie lekarzy przybycie na kurs, wyznaczyli dla 20 lekarzy stypendja w wysokości 200 zł. dla każdego uczestnika i zwrot kosztów podróży. Nadto 10 lekarzy będzie mogło przejść zajęcia praktyczne na koszt własny, ale bez żadnej opłaty za udział w kursie. Wykłady teoretyczne będą dostępne dla wszystkich za okazaniem karty wstępu wydawanej w biurze Związku Przeciwgruźliczego (Nowowiejska l. 39, od 10—12).

Kurs ten rozpocznie się dnia 23 listopada b. r. o godzinie 16-tej w sali Wykładowej II. Kliniki Lekarskiej Uniw. Warsz. (Szpital Dz. Jezus, Nowogrodzka 59).

Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie świadectwa.

---

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa.**

*x* Pamięci Charcot'a. W Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem odbyło się dnia 3 b. m. uroczyste posiedzenie, poświęcone pamięci prof. J. M. Charcot'a. Przemawiał dr. Jarkowski na temat: J. M. Charcot i jego rola w rozwoju neuropatologji.

*x* Związkowy Zakład Rentgenowski. Kierownictwo Zakładu objął z dniem 1 października r. b. dr. Wacław Sitkowski, dyrektor oddziału rentgenologicznego w Szpitalu Okręgowym Nr. 1 w Warszawie.

*x* Przychodnie przeciwjaglicze. Staraniem polsko-amerykańskiego komitetu pomocy dzieciom została otwarta przy ul. Brzeskiej Nr. 10 na Pradze pierwsza przychodnia przeciwjaglicza. Niebawem nastąpi otwarcie jeszcze trzech przychodni przeciwjaglicznych, które będą się również mieściły w dzielnicach, zamieszkanych przez ludność uboższą.

*x* Kursy dla wychowawców. Dwumiesięczne kursy dla wychowawców zakładów wychowawczo-opiekuńczych, zorganizowane przez ministerjum pracy i opieki społecznej z początkiem listopada b. r., mają zapewniony współudział, w charakterze prelegentów, następujących lekarzy: Stanisława Kopczyńskiego, Klemensa Łazarowicza, Tadeusza Jaroszyńskiego, Mieczysława Michałowicza, Władysława Szenajcha.

*x* Ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich powziął myśl wydania wykazu specyfików krajowych, które mogłyby zastępować środki zagraniczne. Dnia 28-go z. m. odbyła się w tym celu narada pod przewodnictwem prezesa Stowarzyszenia dra Bączkiewicza, przy udziale wielu zaproszonych lekarzy.

**Z kraju.**

*x* Tow. przeciwgruźlicze w Nowogródku. Z inicjatywy dr. Chrzanowskiego, dyr. Urzędu Zdrowia, powstało w Nowogródku Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Na zebraniu organizacyjnem dr. Chrzanowski wygłosił odczyt p. t. »Gruźlica jako choroba i jako zagadnienie społeczne«.

**Ze świata.**

Dżuma na Bałkanach. Według doniesień pism, w Salonikach wydarzyło się pięć przypadków dżumy. W Macedonji panuje epidemja duru brzusznego i grypy.

Przyczyny śmiertelności. Międzynarodowa statystyka śmiertelności liczy 189 rubryk, wymieniających choroby, wypadki etc., powodujące zgon. Do niedawna automobil nie figurował jeszcze w tych rubrykach. Ale ostatnie rubryki ruchu ludności w Stanach Zjednoczonych za II. półrocze 1924 r. zawierają już tę najnowszą plagę ludzkości: grypa 10,193 zgonów, automobile 10,168 zgonów, tyfus 8,007 zgonów, angina 8,031 zgonów. Statystycy amerykańscy nie są pozbawieni ironji; automobilizm został zaliczony przez nich do rzędu chorób zakaźnych.

**Redakcja otrzymała:**

W. Medyński: O leczeniu elektrycznością. Nakładem Okr. Zw. Kas chorych. Kraków 1925. — R. Kunicki: Vade-Mecum lekarza praktyka. Wyd. II. Nakładem Okr. Zw. Kas chorych. Kraków 1925. — Sprawozdanie Okr. Zw. Kas chorych w Krakowie za r. 1924 r. Kraków 1925. — Dom Zdrowia w Bystrej. Okr. Zw. Kas chorych w Krakowie. Kraków 1925. — Statut Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie. Kraków 1925. — Katalog biologicznych czasopism zagranicznych, znajdujących się w księgozbiorach instytucyj naukowych w Polsce. Wydawnictwo Instytutu Naukowego. Warszawa 1925.

## KONKURS.

MAGISTRAT m. KAŁUSZYNA
ogłasza

konkurs na posadę lekarza miejskiego i szkolnego w m. Kałuszynie z poborami według VIII. kategorji płac urzędników państwowych, samotnego.

Do podania dołączyć należy odpisy dokumentów, oraz własnoręcznie skreślone curriculum vitae.

Pożądana kilkuletnia praktyka. Termin składania podań do 1. XII. (grudnia) r. b. Posada do objęcia od 1. stycznia 1926 r. Podania nieuzasadnione pozostaną bez odpowiedzi.

Burmistrz: (—) *Stasiak.*

## KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Nieświeskiego ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego. Uposażenie podług VIII st. służbowego i mieszkanie przy przychodni. Posada do objęcia z dniem 1/XII r. b. Oferty wraz z odpisem świadectw dotychczasowej pracy należy nadsyłać do dnia 20/XI r. b. pod adresem Nieśwież, Wydział Powiatowy.

Nieuwzględnione ofer y pozostaną bez odpowiedzi.

Przewodniczący Wydz. Pow.
Starosta.



